Nr. 3 (9) WARSZAWA, MARZEC 1935 R. ROK 2

W SŁUŻBIE ZDROWIA

POŚWIĘCONY: SZERZENIU KULTU ZDROWIA, ZAPOBIEGANIU I WALCE Z CHOROBAMI SPOŁECZNEMI, HIGJENIE ŻYCIA CODZIENNEGO, PRACY I WYCHOWANIA FIZYCZNEGO, PRZYRODOLECZNICTWU, WALCE Z PARTACTWEM LEKARSKIEM.

MIESIĘCZNIK

CENA 50 GR.

Warszawa, marzec 1935 r.

W SŁUŻBIE ZDROWIA

3

Dr. A. Rząśnicki (Warszawa).

Rola krwi w organiźmie.

Wiadomo, że utrata większej ilości krwi zagraża życiu. Duży krwotok może nawet spowodować śmierć. U dorosłego człowieka utrata połowy posiadanej krwi, a u dziecka nawet mniejszej ilości prowadzi do katastrofy. Noworodki są specjalnie pod tym względem wrażliwe — utrata kilku centymetrów sześciennych krwi jest dla nich już niebezpieczna.

Ażeby zrozumieć rolę, jaką odgrywa krew w życiu organizmu ludzkiego, musimy zdać sobie sprawę z tego, że ciało człowieka jest zbudowane z miljardów komórek żywych, które muszą się odżywiać i oddychać. Dla tego, żeby w komórkach mogły odbywać się procesy życiowe muszą one mieć zagwarantowany stały dowóz pożywienia i tlenu. Tlen, zawarty w powietrzu, styka się bezpośrednio tylko z powłoką, (skórą) ciała i z płucami, do których dostaje się przy każdym wdechu. Błona śluzowa jelit, zwłaszcza jelita cienkiego, stanowi powierzchnię, wchłaniającą strawione pokarmy. Nasuwa się pytanie, w jaki sposób tlen z płuc i pożywienie z jelit przedostaje się do komórek, wchodzących w skład narządów i tkanek. Dzieje się to za pośrednictwem krwi. Krew roznosi po całem ciele tlen pobrany w płucach z powietrza. Strawione pokarmy przez ścianki jelit trafiają do krwi i również zostają dostarczone do najodleglejszych narządów ciała. „Rozwożenie“ tlenu i składników odżywczych w granicach ustroju odbywać się może dlatego, że krew porusza się i nieprzerwanie krąży w systemie krwionośnym.

Narządem, który krew w ruch wprawia i reguluje jej przepływ, jest serce. Naogół biorąc, wszystkie naczynia, przez które krew wytłoczona z serca, dzięki rytmicznym skurczom mięśnia sercowego, zostaje doprowadzana do narządów i tkanek, nazywamy tętnicami. Końcowe, najcieńsze rozgałęzienia tętnic nazywamy naczyniami włosowatemi. Te ostatnie stają się potem coraz grubsze i łą-

cząc się w dalszym przebiegu, tworzą sieć naczyń krwionośnych, zwanych żyłami. Żyły zbierają krew z tkanek i doprowadzają do naczyń płucnych.

W płucach, w okolicy pęcherzyków płucnych żyły rozpadają się znowu na naczynia włosowate, przechodzące następnie w arterje, stopniowo coraz grubsze, aż wkońcu tworzy się naczynie krwionośne o stosunkowo dużej średnicy, przez które krew odświeżona w płucach wlewa się do serca.

W płucach krew styka się w powietrzem w pęcherzykach płucnych, otoczonych siateczką naczyń włosowatych. Przez cieniutką ściankę pęcherzyka płucnego i również cienką ściankę naczynia włosowatego odbywa się wymiana gazów. Tlen z powietrza zostaje pochłonięty przez krew tętniczą i wysłany do serca, a potem na obwód do najdalszych komórek ciała.

Nasuwa się pytanie, w jaki sposób krew pochłania tlen z powietrza. Odbywa się to zapomocą czerwonych ciałek krwi. Barwik, zawarty w tych ciałkach i nadający krwi właściwy jej kolor, nazywa się hemoglobiną i posiada te właściwości, że łatwo się łączy z tlenem w środowisku bogatem w tlen, ale również łatwo go oddaje do otoczenia ubogiego w tlen. Dzięki takiemu urządzeniu organizmu i wyżej opisanym właściwościom czerwonych ciałek krwi, ustrój pobiera tlen z powietrza i zużytkowuje go na procesy spalania (utleniania), w komórkach. Produkty nieużyteczne, a nawet szkodliwe dla organizmu, powstałe w komórkach naskutek procesów utleniania, zostają wchłonięte przez krew żylną i wymienione częściowo w płucach na tlen, częściowo zaś wydalone przez skórę i nerki.

Łatwo zrozumieć, że ilość tlenu pobranego z powietrza zależy od ilości hemoglobiny. Ta ostatnia może procentowo wahać się u różnych osób indywidualnie, albo, w zależności od stanu ich zdrowia, być większa lub mniejsza.

Duże znaczenie ma również ilość czerwonych ciałek krwi: im więcej krwinek, tem więcej hemoglobiny, tem większa ilość tlenu może być pochłonięta! Normalnie w 1 mm. sz. znajduje się 5 miljonów krwinek czerwonych u mężczyzny i 4 i pół — u kobiety.

Przy pewnych stanach niedokrwistości ilość ciałek czerwonych spaść może do połowy i więcej. Oczywiście, sprawność organizmu w takich razach musi na tem cierpieć. Jeżeli wczas nie uda się przezwyciężyć choroby, organizm zamiera, poprostu się dusi spowodu niedostatecznego pobierania tlenu.

Dotychczas mówiliśmy tylko o czerwonych ciałkach krwi, tymczasem, jak wiadomo, krew składa się prócz tego z białych ciałek krwi, czyli leukocytów, w ilości 8 — 9 tysięcy w 1 mm sz. oraz tak zw. płytek Bizzozera. Wszystkie te elementy znajdują się w płynnem środowisku, zwanem osoczem krwi. Otóż, zarówno osocze, jak leukocyty i płytki Bizzozera spełniają bardzo ważne dla zdrowia organizmu funkcje. Leukocyty porównać możemy z policją, która każdorazowo w wypadkach jakichkolwiek zamieszek, zjawia się na odcinku zagrożonym i stara się przywrócić *status quo ante.* Białe ciałka składają się w 70 proc. z t. zw. neutrofilów, posiadających jąderka łapiaste, i 25 proc. limfocytów, mniejszych, posiadających okrągławe jąderko, wreszcie 5 proc. przypada na inne formy, o których, nie chcąc zaciemniać szczególikami wykładu, nie będziemy mówili.

Niektóre choroby gorączkowe wywołują zwiększoną leukocytozę we krwi, co oznacza, że gruczoły limfatyczne i śledziona pod wpływem bodźca choro-

bowego zaczynają produkować więcej limfocytów*), które się gromadzą we krwi. Dzięki temu ułatwiona zostaje fagocytoza (termin wprowadzony do literatury naukowej przez Miecznikowa). Fagocytoza polega na tem, że białe ciałka krwi, posiadające ruchy amebowate, z chwilą napotkania bakteryj, wchłaniają je i... pożerają. Im więcej białych ciałek znajduje się w organizmie zaatakowanym przez chorobę, tem szybszy efekt daje fagocytoza.

Zależnie od rodzaju bakteryj białe ciałka krwi stosują także i inne środki walki i wydzielają do osocza krwi substancje, które powodują zlepianie się bakteryj, t. zw. aglutynację, albo takie substancje, bakterjolizyny, które powodują rozpuszczanie się bakteryj, — albo jeszcze inne — opsoniny, — które osłabiają bakterje, a już osłabione niszczą przez fagocytozę.

Płytki Bizzozera, znajdujące się we krwi w ilości 300 tysięcy w 1 mm. sz. i posiadające kształt osełkowaty, biorą udział w procesie krzepnięcia krwi. Praktyczne ich znaczenie ocenić możemy przy krwotokach. Krew nie krzepnie, t. j. nie wydziela włóknika, dopóki krąży w naczyniach. Wypuszczona z naczyń, na powietrzu, tworzy skrzep — włóknik + krwinki i surowicę.

Musimy wreszcie wyjaśnić rolę osocza krwi. Zależnie od przebywanych lub przebytych już chorób zakaźnych, w osoczu gromadzą się jady i przeciwjady. Nauka o odporności i zwalczaniu chorób zakaźnych zapomocą zastrzykiwań surowic leczniczych i stosowania szczepionek odnosi się do tej właśnie składowej części krwi.

Dr. med. Leon Wernic (Warszawa)
Prezes Polskiego T-wa Eugenicznego.

Co to jest eugenika?

Pierwszy użył miana „eugeniki“ jako nauki Franciszek Galton, znany statystyk i wybitny uczony angielski w pracy „o dziedziczeniu talentów“ (Hereditary Genius), która ujrzała światło dzienne w roku 1869.

Eugenika, jego zdaniem, jest nauką, dążącą do podniesienia wartości typu „homo sapiens“ (człowiek mądry). Chodzi o to, aby zwiększył się odsetek ludzi wartościowych fizycznie, etycznie i psychicznie, ludzi zdolnych, utalentowanych, a zmniejszyła się ludzi, stojących poniżej przeciętnej wartości pod względem psychicznym i fizycznym.

W szczególności chodzi o typy, obciążone dziedzicznie daleko posuniętemi postaciami zboczeń psychicznych (idjoci, niedorozwinięci — schizofrenicy i t. zw. manjakalno-depresyjni), zboczeń zmysłów (dziedziczna głuchota i ślepota), ciężkim alkoholizmem, wrodzoną padaczką, wreszcie innemi dziedzicznie przekazywanemi obciążeniami.

Eugenika dąży do wytworzenia *nowych poglądów na obowiązki człowieka względem przyszłego małżonka, przyszłych pokoleń i przyszłości narodu.* Jed-

*) Inne leukocyty oraz czerwone ciałka krwi tworzą się w czerwonym szpiku kostnym.

nostką najmniejszą, którą interesuje się eugenista nie jest poszczególny człowiek, lecz grupa, składająca się z mężczyzny, kobiety i dziecka.

Eugenista przechodzi ponad interesem jednostki, aby zwiększyć dobro grupy i klasy, ewentualnie narodu i ludzkości. Dlatego niezmierną doniosłość posiada jego praca na terenie społecznym i politycznym. W przeciwieństwie do higjeny, rozpatrującej wpływy zewnętrzne t. j. otoczenia na człowieka (mieszkanie, warunki pracy, kanalizacja, bakterje etc.), eugenika zajmuje się *wpływami wewnętrznemi*, a więc w pierwszym rzędzie dziedzicznością i temi wartościami, które człowiek po ojcu i matce posiada już w chwili swego zalęgania się.

Ponieważ cechy nabyte (wiedza, wychowanie, utrata kończyn i t. d.) nie przekazują się dziedzicznie, jedyną drogą, którą może wybrać eugenista jest właściwe krzyżowanie płciowe przez odpowiedni dobór małżonków. W ten sposób eugenika jest niejako uzupełnieniem higjeny, lecz zupełnie od tej ostatniej odcinającem się.

Odróżniamy 3 działy eugeniki: a) *naukowy*, b) *społeczno-polityczny* i c) *praktyczny*.

Pierwszy dział jest poświęcony oryginalnym studjom nad ludnością danego terenu, jej własnościami dziedzicznemi dodatniemi i obciążeniami ujemnemi. Badanie antropologiczne i biologiczne materjału ludzkiego, jego własności dziedzicznych zarówno fizjologicznych dodatnich, jak i chorobowych ujemnych stanowi główny teren studjów naukowych.

Dział społeczno-polityczny rozpada się na: a) eugenikę *pozytywną* czyli *twórczą*, b) *zapobiegawczą* i c) *negatywną* czyli *ograniczającą*. Dział eugeniki *praktycznej* zajmuje się *propagandą* (wydawnictwa), *wykładami* oraz *poradnictwem*.

Pięć rodzajów poradni (przedślubnej, dla matki ciężarnej i dziecka, walki ze zgrzybiałością, walki z czynnikami zwyradniającemi oraz poradni w zakresie uzdolnień i cierpień dziedzicznych) uzupełnia zakres eugeniki praktycznej.

Genetyka czyli *nauka o dziedziczności* uczyniła wielkie odkrycie w zakresie świata roślinnego i zwierzęcego dzięki genjalnym odkryciom Grzegorza Mendla, opata z Brna Morawskiego.

Bardzo wiele nici łączy *eugenikę* z genetyką, atoli różni się ona od genetyki tem, iż *ona wyłącznie ma na celu uszlachetnienie typu ludzkiego* i tylko jemu poświęca swoje studja.

Ponieważ człowiek może być poddany obserwacji przez badacza naocznego w ciągu najwyżej 5 — 6 pokoleń, ponieważ nie rozradza się tak licznie jak zwierzęta, a nieraz samorzutnie ogranicza swoją rozrodczość, wyniki badań są bardziej skąpe, niż u zwierząt i roślin. Krzyżowanie sztuczne nie daje się przeprowadzić w tym zakresie, jak to czyni genetyka u zwierząt i roślin, osiągając nowe odmiany hodowli. Natomiast eugenika posiada trzy przewagi nad genetyką. Po *pierwsze* lepsze poznanie dziedzicznych dodatnich i chorobowych zmian u człowieka. Powtóre możność *dokładnego obserwowania wychowywanych w jednakowych warunkach całkowitych sierot*, których rodzice byli dokładnie znani otoczeniu; wreszcie *po trzecie szkoły dla bliźniąt*, pozwalające na dokładne rozpoznania u t. zw. pochodzących z jednego jajka zapłodnionego, jakie cechy są dziedziczne, a jakie zawdzięczają swoje pochodzenie wpły-

wom wewnętrzmacicznym podczas ciąży, lub też wpływom otoczenia. Z zakresu eugeniki praktycznej *najważniejszą instytucją jest poradnia przedślubna.* Wpojenie konieczności poddawania się narzeczonych badaniu przed ślubem jest najbardziej aktualnem zadaniem eugeniki. O innych jej zadaniach pomówimy następnym razem.

Budzić sumienia i poczucie odpowiedzialności wobec przyszłości potomków i narodu jest najwznioślejszem celem eugeniki.

Dr. med. M. Frejman (Warszawa).

O przepuklinie.

Ściany brzucha są utworzone z kilku warstw płaskich i szerokich mięśni oraz z ich rozcięgien (tkanek białych, nierozciągliwych i opornych). Ściany te nie we wszystkich miejscach posiadają jednakową, wytrzymałość. Tam, gdzie pomiędzy krzyżującemi się mięśniami i rozcięgnami znajdują się luki, przez które z jamy brzusznej wychodzą duże pnie naczyniowe i nerwowe, ściana jamy brusznej posiada z natury rzeczy wytrzymałość mniejszą. Przez te luki jelito cienkie i sieć razem z otrzewną mogą wysunąć się nazewnątrz i tworzyć pod skórą guzy, zwane przepuklinami.

Miejsca, w których przepukliny się tworzą, są dość liczne. Rozpatrzmy pokrótce częściej spotykane przepukliny: pachwinową, udową i pępkową.

Przepuklina pachwinowa najczęściej występuje u mężczyzn. Naczynia i nerwy przechodzące z jamy brzusznej do worka mosznowego, znajdują się w kanale mięśniowo-rozcięgnowym, zwanym kanałem pachwinowym. Przez ten właśnie kanał w pewnych warunkach mogą wyślizgnąć się wyżej wspomniane narządy z jamy brzusznej w kierunku moszny. Przepukliny te bywają niekiedy nieznaczne i nie przekraczają kanału. Częściej jednak są dość duże. Przy zaniedbaniu zawartość przepukliny opuszcza się do moszny. Wówczas przepuklina może wielkością dorównać głowie dziecka, lub człowieka dorosłego, a w wyjątkowych razach, silnie rozciągając skórę moszny, może sięgać aż do kolan.

Przepuklina udowa spotyka się przeważnie u kobiet. Przyłożywszy dłoń do górnej części uda czujemy w jego części środkowej tętnienie naczynia: są to uderzenia tętnicy przechodzącej na udo wraz z żyłą i nerwem przez obrączkowaty rozstęp między mięśniami brzucha. Przez ten rozstęp wysuwa się w przypadkach przepukliny sieć lub jelito. Przepukliny udowe zwykle są niewielkich rozmiarów.

Przepuklina pępkowa najczęściej zdarza się u osesków. Pępek jest blizną, powstałą po odpadnięciu pępowiny. Przepukliny pępkowe najczęściej zawierają nieco tłuszczu i do większych rozmiarów nie dochodzą.

Przepukliny, o których była mowa wyżej, wysuwają się przez naturalne rozstępy mięśni. Bywa jednak, że rozstępy mięśniowe są uwarunkowane niedokształceniami płodowemi. Są one rzadkie. Specjalnie zajmować się niemi nie będziemy.

Nazwa „przepuklina" doskonale uzmysławia wygląd tych guzów: istotnie uwypuklają się one kulisto nazewnątrz, a właściwie uwypuklają się wyraźnie zawarte w nich jelita czy sieć, gdy osobnik dotknięty tą dolegliwością spróbuje dokonać jakiegoś wysiłku, „nadmie się" lub też poprostu kaszlnie.

Przepukliny mają konsystencję elastyczną, miękką. Jeśli niema zrostów zawartość przepukliny można odprowadzić spowrotem do jamy brzusznej. Taką przepuklinę nazywamy odprowadzalną. Jeśli przepuklina zawiera jelito, odprowadzeniu towarzyszy charakterystyczne bulgotanie.

Niewielka przepuklina odprowadzalna z otworem niezbyt rozszerzonym daje się naogół utrzymać w jamie brzusznej, jeśli otwór zamkniemy palcem.

Skargi chorych na przepuklinę są dość różnorodne. Przepukliny pachwinowe u mężczyzn sprawiają uczucie ciężkości i pociągania, oraz bóle przy wysiłkach i stosunku płciowym. Nieraz powodują zaburzenia w trawieniu. Przepukliny udowe u kobiet często przechodzą niepostrzeżenie spowodu swoich niewielkich rozmiarów, aczkolwiek są dość bolesne. Niezależnie od swej wielkości, a nawet tem łacniej im są mniejsze, mogą spowodować niebezpieczne uwięźnięcie.

Typowe objawy przepukliny uwięzniętej są następujące. Przepuklina, dotychczas swobodnie odprowadzalna, nagle nie daje się odprowadzić. Powodem tego jest zwężenie w okolicy szyjki przepukliny t. j. tej części, w której przepuklina łączy się ze ścianą brzucha. Zwężenie pochodzi od zmian samej szyjki lub od zmian otaczającego ją pierścienia mięśniowo-rozcięgnowego (wrót przepukliny). W dalszym przebiegu uwięźnięcia pętla jelita staje się niedrożną. Powoduje to zatrzymanie gazów i stolca. Następują nudności i wymioty, spocztątku resztkami pokarmowemi, później żółcią, wreszcie kałem. Niezależnie od tego pętla naskutek silnego zaciśnięcia zostaje pozbawiona dopływu krwi, co powoduje obumarcie ściany jelita i jej przedziurawienie. Drobnoustroje, zawarte w zamkniętej i schorzałej pętli zwiększają swą jadowitość i zakażają otrzewnę często jeszcze przed przedziurawieniem jelita. Toksyny przez nie wydzielane zostają wessane przez tkanki. W rezultacie następuje osłabienie serca — tętno przyśpiesza się, staje się nieregularne, słabnie; mocz wydziela się skąpo; oddech staje się powierzchowny; ciało pokrywa się zimnym potem, chory umiera w zapaści najczęściej na czwarty, piąty dzień, jeśli odpowiednia pomoc nie została udzielona natychmiast.

Zkolei zastanowić się wypada, z jakiego powodu tylko u pewnych jednostek spotykamy wyśliznięcie się trzew poza jamę grzuszną poprzez słabsze miejsca powłok, jeśli wszyscy posiadamy jednaki układ mięśni ściany brzusznej. Naturalna podpora mięśniowa, która w zwykłych warunkach wytrzymuje skutecznie parcie narządów jamy brzusznej, może ustąpić wskutek zmniejszonej wytrzymałości, albo wskutek zwiększonego parcia trzew.

Do pierwszej grupy przyczyn zaliczamy, poza wrodzonemi niedokształceniami i wrodzoną słabością mięśni i rozcięgien, osłabienie starcze oraz osłabienie, towarzyszące opuszczeniu trzew i nadmiernej otyłości. U osobników otyłych jama brzuszna staje się zbyt szczupła wskutek gromadzącego się w trzewiach tłuszczu. Tłuszcz podotrzewnowy wciska się poprostu w niewielkie rozstępy mięśniowe i rozszerza je. Za tłuszczem posuwa się jelito lub sieć.

Trzewia zwiększają parcie na ścianę brzucha z wielu powodów. Bywa to przy kaszlu i oddawaniu stolca — stąd przepukliny u osobników dotkniętych przewlekłem zapaleniem oskrzeli, oraz nawykowem zaparciem stolca. Oseski, które dużo krzyczą, mogą nabawić się przepukliny pępkowej. Ciąża przez rozciągnięcie ściany brzusznej i poród w okresie bólów partych powodują powstawanie przepuklin najczęściej udowych u wieloródek.

Największe jednak znaczenie przy powstawaniu przepuklin mają długotrwałe wysiłki fizyczne w pozycji stojącej, na co wpływa często praca zawodowa. Z tego powodu przepuklina może być w pewnych określonych przypadkach uznana za chorobę zawodową. Dotyczy to tragarzy, kolejarzy, robotników transportowych i t. p. Zdarza się, że osobnik zdrowy i silny fizycznie może nagle nabawić się przepukliny, usiłując podnieść znaczny ciężar. Przepuklina taka nie daje się zwykle odprowadzić, gdyż jest ona odrazu uwięźnięta. Są to przypadki rzadkie i dlatego słusznym jest pogląd Kingdona, że przepuklina jest chorobą, a nie wypadkiem.

Zapobieganie przepuklinie staje się wobec tego jasnem: osobnicy, których sama struktura usposabia do tej choroby, winni unikać zawodów, połączonych z wysiłkiem fizycznym w pozycji stojącej, jako też nadużywania sportów i gimnastyki. Kobietom zaleca się noszenie podczas ciąży i po porodzie specjalnych pasów. Leczyć należy przewlekłe zapalenia oskrzeli, przewlekłe zaparcia stolca, usuwać trudności przy oddawaniu moczu, ponieważ te cierpienia powodują zwiększanie ciśnienia tłoczni brzusznej.

Leczenie przepukliny bywa zachowawcze i radykalne. Leczenie zachowawcze polega na zastosowaniu odpowiedniego paska. Po odprowadzeniu przepukliny, na miejsce odpowiadające jej wrotom nakładamy jedną część tego paska, zaopatrzoną w poduszeczkę (pelotę); drugą częścią, sprężynową, opasujemy brzuch chorego. Jak widać leczenie to polega na podtrzymaniu odprowadzonej przepukliny przy pomocy odpowiedniego przyrządu. Po zdjęciu paska przepuklina zjawia się nanowo. Mimo to stosujemy jednak pasek w pewnych przypadkach. Przepukliny pępkowe u oseskόw ustępują zwykle łatwo pod uciskiem dobrze ubitego tamponu z waty, umocowanego przylepcem. Wszystkie przepukliny u dzieci do lat 8 — 10 według Le Forta dość łatwo poddają się leczeniu konserwatywnemu, gdyż rozstępy mięśniowe zwężają się z wiekiem. Liczyć się jednak należy z koniecznością nabywania coraz to nowych bandaży w miarę wzrostu dziecka i z faktem, że dziecko nie może brać udziału w zabawach i grach towarzyszy, co ujemnie wpływa na jego psychikę i rozwój fizyczny. Pamiętać także wciąż trzeba o groźbie uwięźnięcia. Niejednokrotnie pasek jest z rozmaitych powodów źle znoszony — wywołuje bóle, stany zapalne skóry i powłok w miejscu przepukliny, co utrudnia późniejszy ewentualny zabieg. Rzadko kiedy osobnik z przepukliną udową może nosić pasek. Rzecz oczywista, że leczeniu konserwatywnemu mogą podlegać tylko przepukliny odprowadzalne i to takie tylko, które po odprowadzeniu dają się łatwo utrzymać w jamie brzusznej.

W każdym wypadku pasek przepuklinowy pownien być wybrany i dopasowany indywidualnie przez lekarza. Wystrzegać się należy różnych szarlatanów „specjalistów“ i bandażystów, którzy praktykami swojemi przynoszą więcej szkody, niż pożytku.

Leczenie radykalne polega na zeszyciu rozszerzonych luk, zamknięciu wrót przepukliny i odtworzeniu normalnych warunków anatomicznych. Operacja, dokonywana w znieczuleniu miejscowem, daje prawie zawsze bardzo dobre wyniki. Obecnie lekarze na pierwszem miejscu stawiają leczenie operacyjne a dopiero na drugim noszenie paska, najczęściej wtedy, gdy spowodu niedbalstwa i nieuświadomienia chorego przepuklina osiągnęła zbyt duże rozmiary, aby można było liczyć na pomyślny wynik zabiegu operacyjnego. Wiek rzadko jest przeciwwskazaniem do zabiegu: operacja przebiega pomyślnie zarówno u dwuletnich dzieci jak i u siedemdziesięcioletnich starców.

Leczenie uwięźniętej przepukliny może polegać na ostrożnem usiłowaniu odprowadzenia uwięźniętej pętli po jej opróżnieniu. Czynność tę lekarz wykonuje bardzo ostrożnie. Przepuklina raz uwięźnięta i odprowadzona często zdradza tendencję do powtórnego a nawet wielokrotnego nawrotu. Przepuklina uwięźnięta powinna być zasadniczo natychmiast operowana. Możliwości pomyślnego wyniku maleją tem bardziej, im dłużej chory i jego otoczenie zwleka z decyzją poddania się zabiegowi, nierozumiejąc niebezpieczeństwa i łudząc się nadzieją polepszenia.

Ze szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

Dr. med. St. Hirszberg (Warszawa)

O najczęstszych schorzeniach włosów.

Prawie cała skóra za wyjątkiem stóp i dłoni pokryta jest włosami. W nielicznych stosunkowo miejscach osiągają one znaczniejszą długość, przeważnie jednak występują w postaci drobnego meszku często trudnc nawet dostrzegalnego. W miejscu gdzie włosy wyrastają obficie, a więc na głowie np., charakter ich ulega osobniczym wahaniom, zależnym od rasy, barwy, długości, grubości, postaci; poza tem włos może być gładki i równy, wijący się lub falisty. Owłosienie zatem stanowi swego rodzaju zróżniczkowany narząd, którego higjena i patologja stanowi odrębny rozdział nauki o chorobach skóry i jej przydatkach.

Dla lepszego zrozumienia sprawy podajemy wkrótkości opis budowy anatomicznej włosa. Skóra składa się z dwóch przylegających do siebie warstw: naskórka i skóry właściwej. Skóra właściwa, położona głębiej, utworzona jest z tkanki łącznej i zawiera naczynia i nerwy. Naskórek złuszczający się i odnawiający się ustawicznie stanowi pokrywę ochronną, która broni ustrój przed wnikaniem drobnoustrojów stale bytujących na powierzchni ciała. Oglądając naskórek pod silnem szkłem powiększającem dostrzega się na nim niezliczoną ilość drobnych otworków, z których jedne prowadzą do gruczołków łojowych, inne zaś zaopatrzone są w drobniutki włosek, wspomniany wyżej meszek. Włos bierze początek w pochewce, zwanej mieszkiem włosowym. Pochewka ta powstaje przez zagłębienie w skórę właściwą naskórka, na wzór wynicowanego palca od rękawiczki. Mieszek włosowy wysłany jest takiemi samemi komórkami z jakich składa się naskórek. Do środkowego odcinka mieszka włosowego otwiera się ujście gruczołu łojowego, który wydziela substancję olei-

stą, namaszczającą włos i nadającą mu połysk. Jest to t. zw. łój skórny. W dolnym odcinku mieszka włosowego znajduje się brodawka włosowa, narząd, który przez nieustanne rozmnażanie swoich komórek zasila włos nowym materjałem, z którego odbywa się jego wzrost. Włos ma postać walca, składającego się z 3 warstw: środkowej t. zw. warstwy rdzeniowej, pośredniej, zawierającej barwik i nadającej włosowi właściwy mu kolor, wreszcie zewnętrznej, bardziej spoistej, dzięki zawartości substancji rogowej. Warstwa ta posiada wybitnie ochronny charakter. Wolny koniec włosa normalnego jest ostro zakończony. Włos zdrowy jest bardzo odporny na czynniki mechaniczne. Przy pociąganiu raczej zostaje wyciągnięty z mieszka włosowego, aniżeli rozerwany na przebiegu łodygi. Włos poza tem nie łatwo ulega rozkładowi. Może on przetrwać wieki, czego dowodem jest zachowane uwłosienie u mumij. Jak wspominaliśmy, włos rośnie z brodawki włosowej. Ścinianie włosa nie wpływa zupełnie na jego wzrost, albowiem przy tem nie uszkadza się brodawki. W ciągu miesiąca długość włosa zwiększa się przeciętnie o 8 — 11 milimetrów.

Wzrost włosów jest ograniczony i zależy od wieku danej osoby, charakteru skóry i t. d. Wzamian włosów, które wypadły wyrastają nowe. Zjawisko to przy owłosieniu gęstem i prawidłowem odbywa się niepostrzeżenie.

Włosy do pewnego stopnia zabezpieczają skórę głowy przed szkodliwem działaniem kurzu i drobnoustrojami. Z chwilą jednakże, kiedy zarazki przedostaną się do mieszków włosowych, walka z niemi z uwagi na budowę anatomiczną mieszka staje się niezmiernie trudną, przenikanie bowiem środków odkażających do wnętrza mieszków jest bardzo niedostateczne. Brodawka włosowa jest obficie unaczyniona. To też ulega ona łatwemu uszkodzeniu pod wpływem zmian we krwi. W tych warunkach prawidłowe czynności brodawek włosowych ulegają zaburzeniu i może dojść do chwilowego lub nawet trwałego zaniku włosa. Znanem jest np. zjawisko przemijającego łysienia w przebiegu niektórych ostrych chorób zakaźnych np. w tyfusie; nie jest ono jednakże dokładnie wyjaśnione. Trudno wytłómaczyć, dlaczego jad duru brzusznego powoduje wypadanie włosów, podczas gdy jad gruźlicy uszkadza owłosienie tylko w wyjątkowych przypadkach. Gruźlicy mają zazwyczaj gęste i trwałe owłosienie.

Po ciężkich chorobach zakaźnych włosy wypadają zazwyczaj po upływie 80 — 90 dni od chwili zachorowania. Wytłómaczenie takiego późnego wypadania nie jest trudne. Brodawka włosowa uszkodzona przez jady drobnoustrojowe zaprzestaje wytwarzać nowe komórki włosowe. Włos zamiera, lecz siedzi jeszcze w mieszku włosowym. Dopiero narastanie włosa nowego wypycha z mieszka włos martwy. Z tego wynika, że obcinanie włosów po ciężkich schorzeniach zakaźnych jest bezcelowe, zwłaszcza u kobiet.

Obok schorzeń skóry, które mogą dotyczyć również miejsc owłosionych (pryszczyca, łuszczyca i t. d.), na skórze owłosionej spotykamy się ze sprawami chorobowemi swoistemi, jak np. grzybice i wyłysienie plackowate. Grzybice skóry owłosionej zdarzają się najczęściej u dzieci. Są one bardzo zaraźliwe (zakażenie szkolne!). Nieleczone trwają bardzo długo i znikają samoistnie dopiero w okresie dojrzewania płciowego. Do najczęściej spotykanych w Polsce grzybic należy grzybek strzygący oraz t. zw. strupień (woszczyna). Pierwszy powoduje występowanie drobnych, rozsianych na skórze głowy ognisk wyłysie-

nia, nie mających skłonności do zlewania się i tworzenia większych tarcz. Skóra w obrębie ognisk jest zmieniona i pokryta drobną łuską łupieżowatą. Brak przytem większego swędzenia. Niekiedy jednakże, pod wpływem dodatkowego zakażenia drobnoustrojami ropnemi, swędzenie się wzmaga. Włosy w obrębie ognisk chorobowych stają się kruche, łamliwe. Próba wyciągnięcia włosa z mieszka kończy się zazwyczaj ułamaniem łodygi bliżej lub dalej od powierzchni skóry. Niekiedy pod wpływem częstych urazów włosy odłamują się przy samej skórze, a wówczas powierzchnia ogniska chorobowego bywa pocentkowana, jak gdyby inkrustowana ziarenkami prochu. Przy badaniu drobnowidzowem włosów i łusek stwierdza się w nich obfity rozplen grzyba w postaci równolegle ułożonych nitek grzybni, składających się z okrągłych zarodników. Grzybnia wypełnia szczelnie cały włos, dlatego jest on łamliwy i kruchy. Z pękniętego włosa zarodniki rozsypują się i przenoszą się na osobnika zdrowego, powodując zarażenie. Po wyleczeniu grzyb strzygący nie zostawia na skórze żadnych śladów i dlatego wzrost włosów odbywa się potem prawidłowo. Grzybek strzygący, aczkolwiek jest trudny do wyleczenia, zaliczany być musi do schorzeń łagodnych. Co innego w strupniu. Grzybnia, rozrastając się w górnym odcinku mieszka włosowego (w lejku), tworzy t. zw. kubki woszczynowe, które wywierają przez czas dłuższy ucisk na skórę i doprowadzają do jej zaniku oraz bliznowacenia. Przy bliznowaceniu zostają zniszczone mieszki włosowe oraz gruczoły łojowe. Naskutek tego pozostają na głowie ogniska wyłysienia trwałego. Dlatego strupień (pospolicie zwany parchem) musimy uważać za schorzenie ciężkie, powodujące oszpecenie. Strupień jest schorzeniem bardzo przewlekłem. Nieleczony może trwać lata. Zaraźliwość jego jest duża, jednakże mniejsza, aniżeli grzybka strzygącego. Chorobę wywołuje grzyb, pasorzytujący również wewnątrzwłosowo, lecz grzyb ten nie wypełnia tak szczelnie włosa jak grzybek strzygący. Dlatego też włosy nie są tak kruche i łamliwe. Obraz chorobowy głowy zajętej przez strupień jest bardzo znamienny. Obok wygasłych i zbliznowaciałych ognisk wyłysienia, spostrzega się tu i owdzie kubki woszczynowe w postaci kruchych żółtosiarkowych mas, sklejających włosy i wydzielających charakterystyczny zapach mysiego moczu. Włosy w obrębie kubków są szare, matowe, jakby przysypane popiołem.

Strupień jest schorzeniem sfer biedniejszych, zaniedbujących higjenę, jakkolwiek zdarzają się sporadycznie przypadki zakażenia w każdej klasie społecznej.

Leczenie grzybic głowy owłosionej przed erą rentgenolecznictwa należało do zadań trudnych. Jak już zaznaczyliśmy wyżej, wskutek specjalnej budowy anatomicznej mieszka włosowego oraz szczelnej pokrywy włosa, dostęp środków grzybkobójczych do pasorzyta jest bardzo utrudniony. Przenikanie tych środków jest niedostateczne. To też w dążeniu do wyjałowienia ognisk chorobowych trzeba uciec się do całkowitego usunięcia zakażonego włosa. Dopiero wówczas można liczyć na lepsze przenikanie leków do wnętrza mieszków włosowych. Dawniej cel ten osiągano przez stopniowe wyrywanie włosów nietylko w obrębie ogniska, lecz i w jego otoczeniu. Zrozumiałem jest, że zabieg ten nie zabezpieczał od nawrotów, gdyż usunięcie wszystkich włosów z głowy zapomocą epilacji ręcznej (za pomocą zwykłej pincetki) było rzeczą niezmiernie

trudną. Nadto wyrywanie włosów było zabiegiem żmudnym, powolnym i bolesnym. Dopiero w promieniach Roentgena uzyskaliśmy doskonały środek do celów epilacji wszystkich włosów z głowy. Zgóry należy sprostować mylny pogląd, jaki panuje wśród szerokiej publiczności, że promienie Roentgena zabijają grzyb. Promienie te działając na brodawkę włosową, porażają tylko chwilowo zdolności rozrodcze komórek, naskutek czego związek spasorzytowanego włosa z brodawką włosową słabnie i włos ostatecznie wypada. Pomiędzy napromieniowaniem głowy, a czasem wypadania włosów upływa pewien określony termin, który waha się w granicach 2—3 tygodni. Odrastanie włosów rozpoczyna się zazwyczaj po 2½ miesiącach, zakańcza się natomiast dopiero po upływie 5 miesięcy. Energiczne leczenie środkami przeciwgrzybicowemi (są to leki silnie złuszczające i odkażające) stosujemy w okresie wypadania włosów. Ta skojarzona metoda leczenia daje doskonałe wyniki. Nawroty schorzenia zdarzają się bardzo rzadko. Stosowanie promieni powinno być uskuteczniane przez doświadczonych rentgenologów, gdyż tylko bardzo ścisłe dawkowanie energji promienistej zabezpiecza przed jej szkodliwemi ubocznemi skutkami (wyłysienia nieodwracalne, oparzenia). W latach ostatnich do celów epilacji stosowano również tal. Środek ten również doprowadza do całkowitego wyłysienia, jednakże w dawkach skutecznych łatwo wywołuje ciężkie zaburzenia układu nerwowego i dlatego przez większość lekarzy został zarzucony. Stosuje się go tylko u małych dzieci (do lat 3) i to pod warunkiem bardzo ścisłego dawkowania. Również i tutaj tal musi być kojarzony ze środkami grzybkobójczemi.

Wyłysienie plackowate jest schorzeniem dobrze znanem i często spotykanem. Wśród zupełnie prawidłowego i zdrowego owłosienia powstaje nagle okrągłe, lub owalne, rozmaitej wielkości ognisko wyłysienia, pozbawione całkowicie włosów. Skóra w obrębie ogniska nabiera żółtawej, anemicznej barwy, nadto ulega łatwiejszemu fałdowaniu, aniżeli skóra pozostałych owłosionych odcinków. Ponieważ wypadanie włosów odbywa się niezmiernie szybko, moment ten przeważnie zostaje przeoczony i chory zgłasza się do lekarza już z istniejącem ogniskiem wyłysienia. W rzadkich na szczęście przypadkach wyłysienie obejmuje nietylko wszystkie włosy głowy, lecz brody, wąsów, brwi, rzęs, a nawet uwłosienie tułowia. W przypadkach zwykłych sprawa ogranicza się do jednego, lub kilku ognisk, które, osiągnąwszy maksymalną średnicę wzrostu, przy odpowiedniem leczeniu ponownie porastają włosami. Pochodzenie wyłysienia plackowatego nie jest dokładnie wyjaśnione. Sądzono doniedawna, że jest to sprawa zakaźna, którą przenosi się zapomocą nieczystych grzebieni i szczotek. W rzeczywistości jednak wyłysienie plackowate nie daje się przenieść drogą doświadczalną i nie jest schorzeniem zakaźnem. Raczej ma się tu do czynienia, co zresztą nie uchodzi jeszcze za pewnik, z miejscowemi zaburzeniami w odżywianu skóry, zatem i włosów, na tle nieprawidłowych czynności układu nerwowego. Niektórzy lekarze uważają za bezpośrednią przyczynę próchnicę zębową, neuralgje, zatrucia ustroju alkoholem, używkami, narkotykami i t. p. Leczenie wyłysienia plackowatego polega na stosowaniu zewnętrznem leków drażniących (np. nalewka jodowa), które pobudzają upośledzone krążenia w skórze. Przyśpieszenie wzrostu nowych włosów osiąga się przez energiczne naświetlanie promieniami pozafjołkowemi (lampa kwarcowa).

Istnieje jeszcze jedna sprawa chorobowa na skórze głowy owłosionej, której doniosłość i brzemienność w skutki jest naogół niedoceniana. Pozornie błaha i przeważnie zaniedbywana kończy się przeważnie przedwczesnym nieodwracalnem wyłysieniem. Mamy tu na myśli pospolitą łupieżycę głowy. Sprawa ta występuje bardzo wcześnie, bo już we wczesnej młodości, powodując powoli i niewidocznie głębsze zmiany w macierzy włosa i doprowadzając do jego zaniku. Zmiany chorobowe rozwijają się etapami. We wczesnym okresie stwierdza się na głowie obfitą drobną suchą łuszczkę, która zsypuje się ustawicznie na podobieństwo otrębów. Niekiedy złuszczanie jest tak obfite, że zasypuje ubranie na ramionach i plecach. W tym okresie niema jeszcze podrażnienia, ani swędzenia skóry głowy. Włosy są również niezmienione i nie wypadają. Łupieżyca sucha może trwać długo, niekiedy nawet do okresu dojrzewania płciowego. W pewnym momencie, niepostrzeżonym przez chorego, łupieżyca sucha ustępuje, a jednocześnie zaczyna się wypadanie włosów. Jeśli przyjrzymy się w tym okresie skórze głowy, to stwierdzimy, że złuszczanie nie ustało, lecz zmieniło charakter. Na miejscu łusek suchych, zsypujących się otrębowato, powstają łuski tłuste, maziste, przylegające do skóry głowy. Współcześnie włosy stają się bardziej tłuste, błyszczące i barwa ich przybiera ciemniejszy odcień. Ten t. zw. łojotokowy stan powoli utrwala się i, opanowując skórę głowy, staje się największym wrogiem uwłosienia. W rozwoju łojotokowego rozsianego wyłysienia stanowi on etap bodaj najistotniejszy, prowadzi bowiem do powolnego, lecz nieuchronnego zwyrodnienia brodawki włosowej, co zatem idzie nieodwracalnego wyłysienia. Wyłysienie łojotokowe dotyczy znacznie częściej mężczyzn aniżeli kobiet. Niepowstrzymane w porę odpowiedniem leczeniem i zachowaniem się chorego prowadzi u mężczyzn do znamiennego wyłysienia, które w postaci dwóch kątów, idących od guzów czołowych oraz wypadania włosów na ciemieniu, powodują utratę włosów z pozostawieniem wieńcowatego pasa włosów na potylicy i skroniach. Łojotokowe wypadanie włosów zaczyna się bardzo wcześnie (niekiedy już w 25—30 roku życia) i przy nieodpowiedniem zachowaniu się chorego szybciej, lub wolniej prowadzi do nieuchronnego wyłysienia. Szybkość rozwijania się procesu chorobowego jest indywidualna i zależna od wieku, pory roku, trybu życia, zajęć zawodowych i t. p. U kobiet z tak rozległemi wyłysieniami łojotokowemi nie spotykamy się nigdy, jednakże przerzedzenie włosów może być bardzo znaczne, niszcząc jedną z najpiękniejszych ozdób główki kobiecej. Jaka jest przyczyna stanu łojotokowego skóry? Na to pytanie ścisłej odpowiedzi przy współczesnym stanie wiedzy nie możemy dać. Nie ulega wątpliwości, że łojotokowy charakter skóry jest wyrazem pewnych konstytucjonalnych własności osobnika i dlatego walka z tym stanem jest niezmiernie trudna. Większość badaczy podziela zdanie, że łojotok jest wyrazem zaburzeń ogólnych, polegających na wadliwej przemianie materji, upośledzeniu czynności gruczołów dokrewnych i płciowych. To upośledzenie może być wywołane najrozmaitszemi schorzeniami przewodu pokarmowego, narządów rodnych, nadużyciami djetetycznemi, używkami, wreszcie bliżej nieokreślonemi stanami samozatrucia, które zaliczamy do obszernej gromady schorzeń artretycznych. Istnieją również teorje zakaźnego pochodzenia łojotoku, lecz nie są one dostatecznie ugruntowane. Stan łojotokowy nie u wszystkich przebiega jednakowo. Może on pod wpływem najprostszych za-

biegów higjenicznych uspokajać się i przycichać, aby wybuchnąć i zaostrzyć się bez widomych powodów. W niektórych, na szczęście, rzadkich przypadkach łojotok jest tak wybitny, że występuje w postaci drobniutkich oleistych kropelek, ściekających i zastygających wzdłuż włosów. Niekiedy znów, skóra głowy ulega zaczerwienieniu i podrażnieniu. Ten stan zapalny przekracza granice głowy owłosionej i przesuwa się na czoło, skronie, okolice zauszne, kark, wywołując w tych miejscach zmiany wypryskowate, zwane pryszczycą łojotokową. Towarzyszą jej często wykwity na twarzy oraz plecach w postaci t. zw. trądzika pospolitego, czyli obrazu chorobowego znanego wśród szerokiej publiczności pod nazwą nieczystej cery. Twarz usiana jest wówczas ciemnemi punktami, które tkwią w rozszerzonych otworach mieszków włosowych (czopy łojowe, czyli t. zw. zaskórniki) oraz zapalnemi grudkami i krostkami. Całość sprawia nad wyraz nieestetyczne wrażenie i jest przedmiotem najwyższej troski młodych kobiet.

Walka z wyłysieniem łojotokowem jest bardzo trudną, wymaga dużo cierpliwości i dobrej woli ze strony pacjenta. Wyniki lecznicze są bardzo zmienne i zależne w pierwszym rzędzie od usposobienia osobniczego oraz czynników dziedzicznych. Od tych właśnie okoliczności będą zależeć wskazania do leczenia ogólnego. Zatem u osobników artretycznych zaleca się dłuższe stosowanie przetworów alkalizujących; u limfatyków i anemicznych środki wzmacniające. Przetwory arszenikowe pobudzają wzrost włosów i mogą być bardzo pomocne, o ile oczywiście niema żadnych przeciwwskazań do ich stosowania. W każdym przypadku zaleca się unikać przepracowania fizycznego i umysłowego oraz wyłączyć z djety potrawy drażniące, jak konserwy, ryby wędzone, sery fermentujące, napoje wyskokowe, kawę, mocną herbatę i t. p. Obok zaleceń ogólnych należy dbać o leczenie miejscowe. Zatem pacjent winien chodzić możliwie z głową odsłoniętą, używać grzebieni o zębach nieostrych i rozstawionych, myć głowę wodą gorącą i mydłem, zawierającem naftol, siarkę, lub dziegieć. Mycie głowy winno być powtarzane codziennie, zwłaszcza jeśli stosuje się jednocześnie maści siarkowe, dziegciowe, rtęciowe, naftolowe i t. p., zapomocą których staramy się zwalczyć objawy łojotoku. Obok maści celem wzmocnienia brodawek włosowych zaleca się wycieranie skóry rozczynami wyskokowemi środków pobudzających, jak chinina, pilokarpina, kamfora, formalina i t. p. Tego rodzaju leczenie nie jest bynajmniej schematem. Rzeczą lekarza jest przystosować je do osobniczych warunków pacjenta, który może wszak reagować zbyt gwałtownemi odczynami zapalnemi, prowadzącemi do ciężkich i uporczywych stanów pryszczycowatych.

Dr. med. Ludwik Rostkowski (Warszawa).

Walka z jaglicą w Polsce.

Jaglica należy do rzędu chorób społecznych i zakaźnych. Zaniedbanie jaglicy grozi ślepotą. Chory na jaglicę w czasie trwania choroby w znacznym stopniu traci zdolność do pracy. To też w każdem kulturalnem państwie prowadzona jest mniej czy więcej intensywna walka z jaglicą.

Zwalczanie jaglicy opiera się u nas w Polsce na rozporządzeniu Prezyden-

ta R. P. z dnia 22 marca 1928 r. W myśl tej ustawy wszyscy lekarze obowiązani są zgłaszać chorych na jaglicę do lekarza powiatowego; samorządy (wydziały powiatowe, gminy, zarządy miast) mają obowiązek zorganizowania bezpłatnego leczenia i zapobiegania jaglicy i wreszcie każdy obywatel obowiązany jest pod rygorem kary pieniężnej systematycznie się leczyć. Na podstawie powyższej ustawy pod ogólnem kierownictwem i nadzorem Departamentu Służby Zdrowia, akcja zwalczania jaglicy rozwija się w następujących kierunkach: 1) zaprowadzenie prawidłowej statystyki i rejestracji chorych na jaglicę, 2) zorganizowanie racjonalnego leczenia, 3) zorganizowanie propagandy i zapobieganie jaglicy. Ośrodkiem zwalczania jaglicy w Polsce są przychodnie przeciwjaglicze, które prowadzą walkę z jaglicą we wszystkich powyżej wspomnianych kierunkach. Utrzymywane są one przez Wydziały Powiatowe i wydatnie subsydjowane przez Departament Służby Zdrowia. Personel tych przychodni składa się z lekarza i pielęgniarki-wywiadowczyni.
Pomimo kryzysu rozwój tych przychodni w ostatnich latach jest bardzo dobry. W roku 1926 na obszarze całego Państwa było czynnych zaledwie 26 przychodni, obecnie w Polsce pracuje przeszło 400 przychodni, a ich liczba w dalszym ciągu z roku na rok wzrasta.

Podobnie jak dokładne badanie choroby jest konieczne dla zorjentowania się w istocie cierpienia i zadecydowania o zastosowaniu tych czy innych środków lekarskich, — zorjentowanie się w rozpowszechnieniu się chorób społecznych jest nieodzowne dla przeciwstawienia tej klęsce właściwej organizacji walki z nią. Oparcie o statystykę jest tak nieodzowne przy zwalczaniu jaglicy jak koniecznem jest badanie objawów choroby przy pomocy słuchawki, termometru i t. p., to też jednym z ważniejszych czynników walki z jaglicą jest zaprowadzenie prawidłowej statystyki.

Na podstawie napływających do lekarzy powiatowych kart zameldowań o stwierdzonej jaglicy od lekarzy leczących jaglicę i od przeprowadzających masowe badania (lekarze szkolni, poborowi) formuje się kartoteki chorych według miejscowości i lekarze powiatowi opracowują mapę zajagliczenia dla każdego powiatu, gdzie naniesiony jest każdy chory w miejscu swego zamieszkania. Mapa taka pozwala dokładnie zorjentować się w rozmieszczeniu jaglicy w każdem powiecie i służy za podstawę do zarządzeń władz odnośnie tworzenia, rozszerzenia lub też zwijania poszczególnych istytucyj przeciwjagliczych.

Dotychczas, tyko na obszarze byłego zaboru rosyjskiego zarejestrowano około 75.000 ludzi chorych na jaglicę. Oczywiście nie jest to cała ilość chorych na jaglicę. Prawdopodobnie pozostaje niewykrytych jeszcze bardzo wiele. Na podstawie procentowych danych, uzyskanych w czasie poboru i w szkołach należy przypuszczać, że w Polsce choruje około 500.000 osób na jaglicę.

Leczenie jaglicy wymaga stałych i częstych wizyt u lekarza, musi więc ono odbywać się jak najbliżej chorego na jaglicę i tylko dostatecznie gęsta sieć przychodni przeciwjagliczych daje gwarancje skutecznego leczenia.

Pomimo nadzwyczaj szybkiego tworzenia się nowych przychodni w państwie jednocześnie z usprawnieniem ich działalności, należy się liczyć z faktem, że jeszcze przez długi szereg lat liczba tych przychodni będzie nie wystarczająca dla wykrycia wszystkich chorych na jaglicę i otoczenie ich właściwą opieką sanitarną. Zasiąg prawidłowej działalności przychodni nie może być

większy od 5 do 7 km. w promieniu. Obecnie odległość jednej przychodni od drugiej przeważnie jest nie mniejsza od 20 do 30 km., na kresach zaś nieraz do 40 — 50 km. i wyżej. Tylko niektóre większe miasta jak Warszawa, Wilno, Łódź mają dostatecznie zorganizowaną opiekę nad jagliczymi.

Potężny rozwój nauki higjeny postawił zagadnienie zapobiegania chorobom w każdej gałęzi medycyny na pierwszym planie. Aby jednak chorobie zapobiec, trzeba wiedzieć czego się wystrzegać i stąd konieczność prowadzenia propagandy t. j. uświadomienia szerokich mas o sposobach zapobiegania tej chorobie. Przychodnie przeciwjaglicze jako instytucje leczniczo-zapobiegawcze, mają za zadanie nie tylko leczyć chorych na jaglicę, ale również i przeciwdziałać szerzeniu się jaglicy wśród społeczeństwa. Uskuteczniają to przychodnie, otaczając dokładnie środowiska chorych na jaglicę opieką sanitarną.

Opieka ta polega na stałych wywiadach t. j. odwiedzinach przez pielęgniarkę-higjenistkę, rodzin chorych na jaglicę i stałego pouczania samego chorego i jego otoczenia o niebezpieczeństwie zarażenia się jaglicą i sposobach jej uniknięcia; w ten sposób chory na jaglicę i jego otoczenie stają się ważnymi ośrodkami propagandy przeciwjagliczej. Pozatem propaganda przeciwjaglicza prowadzona jest przez lekarzy przychodni drogą odczytów publicznych, pogadanek w szkołach oraz przez nauczanie o jaglicy w szkołach.

Jaglica jest, jak już wspomniano, chorobą społeczną, społecznie też winna być zwalczana. Bez udziału społeczeństwa walka z jaglicą jest nie do pomyślenia, już samo istnienie przychodni przeciwjagliczych, tych najważniejszych organów zwalczania jaglicy jest w dużej mierze uzależnione od uświadomienia szerszych warstw społeczeństwa, które w osobach swoich reprezentantów w samorządzie (wydziały powiatowe, magistraty i zarządy gmin), decydują o istnieniu, rozszerzaniu lub też likwidacji tych przychodni.

Zagadnienie zwalczania jaglicy najłatwiej daje się rozwiązać w większych skupieniach ludności t. j. w miastach gdzie jedna przychodnia może obsłużyć bardzo dużą liczbę obywateli blisko zamieszkałych. Najtrudniej do rozwiązania przedstawia się ten problem na wsi, gdzie na wielkiej przestrzeni rozdzielona jest stosunkowo nie wielka ilość obywateli.

Organizm pracy Państwowej, rozbudowany szeroko u góry w oddzielne departamenty, dyrekcje, wydziały i referaty, u dołu na prowincji redukują się do pejdyńczych małych komórek, które same ze wszystkimi sprawami sobie dać radę muszą. W gminie już jest tylko wójt, który za wszystkie resorty starczyć musi, niżej już jest tylko sołtys. Lecz tam u dołu w promieniu prawie każdych trzech kilometrów w najzapadlejszych kątach, do których nie dotrze może nigdy żaden starosta, lekarz, inżynier czy agronom, jest wszędzie szkoła powszechna, a w niej jedyny nieraz w terenie inteligent-nauczyciel. Znaczenie szkół powszechnych urasta do znaczenia ostatniego i jedynego ogniwa pracy państwowej, znaczenie nauczyciela — do znaczenia jedynego człowieka, na którym tę pracę oprzeć można.

Powodzenie wszelkich poczynań na prowincji oświatowych, kulturalnych, politycznych, akcja spółdzielcza, zapobieganie chorobom, podniesienie rolnictwa czy przemysłu ludowego — wszystko to zależy od tego czy i w jakim stopniu nauczyciel rękę do tych prac przyłoży.

Zwalczanie jaglicy wśród dzieci jest niezmiernie ważnym etapem całej

walki z jaglicą, a to dlatego, że po pierwsze, u dzieci mamy zawsze do czynienia z jaglicą w początkowych okresach, która łatwo i szybko poddaje się leczeniu, po drugie, szkoła obejmuje, dzięki obowiązkowi szkolnemu, całą dziatwę w wieku szkolnym; tak więc racjonalna walka z jaglicą na terenie szkoły powszechnej pozwoliłaby na skuteczne podcięcie zła u samego korzenia i zahamowałaby szerzenie się jaglicy w całem nowem pokoleniu. W związku z powyższem plan walki z jaglicą przewiduje ścisłą współpracę lekarzy z nauczycielstwem.

Lekarzy samorządowych obowiązuje coroczne zbadanie szkół swego rejonu odnośnie jaglicy i zaprowadzenie dokładnej ewidencji chorych dzieci. Rejestrację i ewidencję chorych dzieci prowadzi w każdej szkole również i nauczyciel w zeszycie specjalnie na ten cel przeznaczonym. Pozatem, dba on o ścisłe wykonanie zarządzeń lekarza co do opieki nad choremi dziećmi i regularne uczęszczanie dzieci do przychodni przeciwjaglicznej, czuwa nad zapobieganiem zarażeniu się dzieci zdrowych od chorych, prowadzi wśród dzieci i rodziców odpowiednią propagandę.

Zadaniem niniejszego artykułu było z jednej strony zapoznanie naszego społeczeństwa z obecnym stanem zwalczania jaglicy w Polsce, z drugiej strony wykazanie jak dalece rola społeczeństwa w walce z jaglicą jest decydująca. Z chwilą gdy społeczeństwo zrozumie swoją rolę i zechce się jej podjąć, walkę z jaglicą, z tą klęską przedewszystkiem naszego ludu pracującego można będzie uważać za wygraną.

Jak zbudowana jest kość ludzka.

Tkanka kostna wchodząca w skład kości układa się w kościach niejednakowo. W jednych odcinkach warstwa kości jest gruba i zbita, w innych miejscach tkanka kostna układa się w system cienkich blaszek i beleczek, które wielokrotnie krzyżują się ze sobą. Warstwę kości o utkaniu bardziej zbitem nazywamy istotą kostną zbitą, utkanie beleczkowe kości nazywamy istotą kostną gąbczastą. Rozłożenie istoty kostnej gąbczastej i zbitej jest różne w różnych formach kości.

Przypatrując się istocie gąbczastej czy to w przeciętej nasadzie jakiejś kości długiej, czy to w którejkolwiek innej kości, zdaje się na pierwszy rzut oka, że budowa jej beleczek jest zupełnie nieprawidłowa, że beleczki te krzyżują i łączą się ze sobą bez żadnego planu. Jeżeli jednak wytniemy z jakiejkolwiek kości cienką b. blaszkę, wtedy uwidacznia się w ułożeniu beleczek istoty gąbczastej kości zupełnie wybitna i dla tych samych kości stała prawidłowość jej budowy. W jednym kierunku ilość beleczek się zwiększa, a beleczki ulegają wyraźnemu zgrubieniu, układając się w linje proste lub łukowate, w innym zaś kierunku beleczki te stają się znacznie cieńsze i przedstawiają utkanie mniej prawidłowe. Pytanie, w jaki sposób taka architektura istoty gąbczastej mogła powstać, nasuwało się bardzo usilnie, skoro badania wykazały, że prawidłowość ułożenia beleczek stosuje się dokładnie do prawideł, jakie mechanika stawia dla konstrukcji łuków i dźwigni złożonych z cząstek. Słup jakiś lub dźwignia narażone na większe ciśnienie niekoniecznie muszą być litemi, by mogły znieść największy opór,

owszem, jeżeli pozostawimy w nich tylko rusztowanie z beleczek, ułożonych wedle pewnych prawideł, to, mimo że są zbudowane ze znaczną oszczędnością materjału, nic nie tracą na sile, jaką mogą przeciwstawiać pociągnięciu lub uciskowi. Linje, w których należy układać w słupie takim beleczki konstrukcji, mogą wtedy najkorzystniej działać, gdy umieszczone są równolegle do kierunku linji największego ciśnienia lub pociągania. *Otóż okazuje się, że beleczki kostne są zbudowane z największą oszczędnością materjału, wedle tych prawideł mechaniki.* Dzięki zmniejszeniu się masy materjału kostnego, zyskują kości bardzo znacznie na lekkości, a nie tracą nic na sile, gdyż beleczki istoty gąbczastej układają się tak, że kość na oporności nic nie traci. Ponieważ elementami, które najczęściej wywierają pociągnięcia mechaniczne na kości, są mieśnie, przeto zdawałoby się najprostszem przypuszczenie, że architektura istoty gąbczastej powstaje pod wpływem działania mięśni. Przeciw temu najprostszemu przypuszczeniu przemawia jednak fakt, że architektura istoty gąbczastej zaznacza się już w kościach zarodków, a więc wcześniej niż system mięśniowy zacznie działać na kości, musimy ją zatem uważać za odziedziczoną w rozwoju jednostki, a nabytą w rozwoju rodowym pod wpływem systemu mięśniowego.

Że system mięśniowy ma wpływ wybitny na architekturę istoty gąbczastej, dowodzą nam wypadki złamań kości, w których, o ile zrost kości nastąpił normalnie, wśród nowowytworzonej istoty kostnej powstają blaszki kostne, odpowiadające ułożeniem blaszkom normalnym, o ile zaś zrost nastąpił nieprawidłowo, blaszki kostne przystosowane są do warunków nowopowstałych ciśnień i ciągnięć.

Z higjeny pracy.

Higjena pracy szmaciarzy.

W zesz. 2-im „Insp. Pracy“ z r. 1934 znajdujemy ciekawą i wyczerpującą pracę dr. med. *H. Hummla* (Warszawa), dotyczącą szmaciarzy. Na wstępie autor precyzuje pojęcie szmaciarza w odróżnieniu od śmieciarza, który szmaty i t. p. odpadki wyszukuje w śmietnikach.

Warunki pracy śmieciarzy, jeżeli chodzi o higjenę, są okropne. Śmieciarz grzebie rękami w śmietniku, nosi na sobie i przechowuje u siebie zdobyty tą drogą towar, — jest nędzarzem. Nie można go uważać za robotnika, zaliczyć go raczej wypada do... wolnych zawodów.

Szmaciarze są robotnikami. Pracują oni w składach detalicznych i hurtowych sortowniach oraz w szmaciarniach fabrycznych, w fabrykach papieru bezdrzewnego i w fabrykach włókienniczych.

Praca w sortowniach szmat odbywa się w szopach, albo, w cieplejszej porze roku, na dworze. Przy sortowaniu i darciu szmat powstaje dużo kurzu. Kurz ten składa się z pyłu ziemnego, z zetlałych włókien roślinnych, z cząstek organicznych pochodzenia zwierzęcego, jak włosy, starty naskórek, wydzieliny i wydaliny ludzkie i zwierzęce i t. p. Prócz tego w pyle zawarte są liczne drobnoustroje, częstokroć chorobotwórcze.

Robota w sortowni jest wyjątkowo brudna i przykra, dzięki wstrętnej woni, jaką wydają stare szmaty. Woń ta przyprawia o mdłości i czasem wywołuje wymioty.

W sortowniach pracują wyłącznie kobiety. Siedzą na kupach szmat i posługują się wyłącznie ręcznym nożem.

Praca w hurtowniach jest wykonywana na stołach, gdzie szmaty segreguje się według gatunku, koloru i wartości. Rozsegregowane szmaty pakuje się w bele, ściąga obręczami i obszywa staremi workami. W takiej formie szmaty przywożą do fabryk lub wysyłają zagranicę.

W fabrykach*) bele są rozbijane i rzucane do szarpacza. Tam szmaty tracą dużo kurzu (około 8% wagi). Następnie szmaty idą do sortowni, na stoły, zaopatrzone w noże podobne do kosy. Zapomocą tych noży robotnice oddzielają części lniane, odcinają guziki, zatrzaski i t. p. Posortowane według gatunków i kolorów zebrane w koszach, szmaty trafiają na wagę.

W szmaciarni panuje półmrok spowodu gęstego pyłu, unoszącego się w powietrzu i osiadającego na szybach. Pył w szmaciarni pokrywa wszystko, nie wyłączając robotnic.

Obecność drobnoustrojów chorobotwórczych żywych w pyle szmacianym jest, zdaniem autora, wątpliwa, a to dlatego, że nawet zakażone szmaty, zanim się dostaną do sortowni, ulegają wysychaniu, które zabija zarazki.

Zapach, panujący w szmaciarni Niemcy określają trafnie jako „woń biednych ludzi", zapach potu, brudu, rozkładających się ciał organicznych.

Ilość pyłu w powietrzu zależy od przestronności sortowni, wysokości lokalu, skupienia robotnic i tempa pracy. Najwięcej pyłu powstaje przy darciu szmat na akord.

Z sortowni szmaty idą na rębaki. Tam również robotnicy pracują w kurzu, powstającym przy zrzucaniu szmat na podłogę oraz wskutek złych często wyciągów przy rębakach.

Szmaty pocięte wędrują do papierni, do kotłów.

Surowiec, jakim są szmaty, oraz sposób zbierania go jest źródłem niebezpieczeństwa dla zdrowia robotników w przemyśle, szmaty przetwarzającym.

O stanie zdrowotnym szmaciarzy możemy sobie wyrobić pojęcie, przeglądając jedynie nowsze statystyki, bowiem w dawnych nie odróżniano szmaciarzy od śmieciarzy, a wiadomo, że ci ostatni pracowali zawsze w najokropniejszych warunkach zdrowotnych.

Według Wittgena w Niemczech na 1000 robotników, zatrudnionych w szmaciarniach wypada 1124 przypadków zachorowań, podczas gdy na 1000 rob. innych gałęzi przemysłu chorowało w tym samym czasie tylko 630.

Brezina pomiędzy szmaciarzami stwierdził dużą zachorowalność na grypę, katary narządu oddechowego, świerzb i wrzody. Dużą ilość zachorowań na grypę i katary dróg oddechowych wywoływała prawdopodobnie, praca na dworze.

Autor przytacza dane, dotyczące zachorowalności robotnic, zatrudnionych w Fabryce Mirkowskiej. Otóż, w r. 1932 zachorowań trwających dłużej, niż 3 dni wśród kobiet zatrudnionych w fabryce było ogółem 18,1%, podczas gdy wśród szmaciarek było tylko 12,3%, a więc wbrew przewidywaniu mniej.

Mały odsetek zachorowań szmaciarek autor tłomaczy 1-o nieprzerywa-

*) Mówimy w tej chwili o papierni.

niem pracy nawet w chorobie, ponieważ przy akordowej pracy mogą one więcej zarobić i dlatego trudniej się decydują na pozostanie w domu, 2-o szmaciarki stanowią naogół starszy wiekiem, zahartowany i zdrowszy z natury element, podczas gdy młode nie wytrzymują tej pracy i uciekają.

Poza tem na uwagę zasługuje zdanie lekarzy pruskich, którzy przypuszczają, że, spowodu wdychania kurzu o znacznej zawartości ciał proteinowych, następuje u szmaciarek uodpornienie.

O ile można wnioskować na podstawie zgłoszeń chorób zakaźnych, takie choroby jak wąglik, osja, tężec — u naszych szmaciarek się nie zdarzały. Pomimo to autor nie waha się zaliczyć pracę przy szmatach za szkodliwą i niebezpieczną dla zdrowia robotników.

W skróceniu przytaczamy główne punkty, dotyczące ochrony zdrowia szmaciarzy.

Ochronić przepisami sanitarnemi pracę śmieciarzy i handlarzy domokrążnych, skupujących szmaty — niepodobna. Dopiero składy detaliczne mogą już być objęte takiemi przepisami; wysoka, obszerna szopa, z oknami i szczelną podłogą, podwórze wybrukowane, oparkanione i t. p. W lecie praca winna się odbywać na dworze. Robotnice powinny posiadać fartuchy. Osobno musi znajdować się szatnia, umywalnia i jadalnia.

Łatwiej zorganizować można ochronę zdrowia szmaciarek w hurtowniach i szmaciarniach fabrycznych.

Szmaty, przybywające od detalistów, powinny być dezynfekowane. Sortownia winna mieścić się w obszernej, wysokiej (conajmniej 5 m.) sali, posiadającej szczelną podłogę i gładkie ściany. Stoły, przy których odbywa się sortowanie i rozdzielanie szmat, powinny posiadać wyciągi. Odstęp pomiędzy robotnicami powinien wynosić conajmniej 1½ metra. Pracodawca winien zaopatrzyć robotnice w płócienne *combinaison'y* oraz nakrycia głowy. W salach szarpania, rąbania szmaty nie powinny być przerzucane, lecz przenoszone z miejsca na miejsce zapomocą elewatorów. W ten sposób można łatwiej uniknąć kurzu. Maszyny muszą być szczelnie oszalowane.

Przy sprzątaniu sal robotnicy powinni pracować w respiratorach.

Odzielna szatnia, jadalnia i kąpielisko uzupełniają wymagania, stawiane przez higjenistę w opisywanym dziale przemysłu.

Dr. med. J. Posmykiewicz (Warszawa).

Zaburzenia słuchu a szkoła.

Problem racjonalnego kształcenia dzieci chorych na uszy — posiada doniosłe znaczenie społeczne. Jak wykazuje statystyka, ok. 30% dzieci szkół powszechnych nie posiada normalnego słuchu, spowodu różnych cierpień usznych, a 9 — 11% choruje na uszy poważniej. Zagadnienie to posiada dużą doniosłość społeczną, ponieważ dzieci niedosłyszące zwykle opóźniają się w rozwoju, a dalsze ich możliwości życiowe często ulegają zmniejszeniu.

Najczęstszą przyczyną osłabienia, a czasem utraty słuchu bywają zapalenia t. zw. ucha środkowego, zwłaszcza zaś przewlekłe „ropienie uszne". Nieleczenie

tych zapaleń niejednokrotnie prowadzi do trwałej utraty zdrowia lub do zgonu np. na zapalenie opon mózgowych, ropień mózgu, „zakażenie krwi“ i t. p., a w pewnych wypadkach, do zarażenia zdrowego otoczenia. Dzieci te winno się zawsze kierować do lekarza - specjalisty. „Ropotoki uszne“ w dużej większości wypadków bywają następstwem najrozmaitszych chorób zakaźnych, poczynając od pozornie niewinnej anginy, a kończąc na durze brzusznym, jak również niektórych chorobach nosa i nosogardzieli.

Wśród innych przyczyn upośledzenia słuchu u dzieci wymienimy jeszcze zatkanie zewnętrznych przewodów słuchowych przez woszczynę, dalej zaś urazy słuchowe i mózgowe, wrodzone upośledzenie słuchu, wrodzoną kiłę (częściej powodującą zupełną głuchotę) i cały szereg zmian degeneracyjnych, a rzadziej nowotworowych w t. zw. błędniku usznym, nerwie słuchowym i odpowiednich ośrodkach mózgu.

Dziecko, posiadające przytępiony słuch, nie zawsze rozumie dokładnie wykład nauczyciela. Izoluje się psychicznie od otoczenia i robi wrażenie tępego, nieuważnego leniucha.

Sytuacja bywa tem tragiczniejsza, że przynajmniej w połowie wypadków dziecko nie zdaje sobie sprawy ze swego cierpienia lub też ukrywa je, a nauczyciel przeważnie przyczyny braku postępów ucznia nie odkrywa. Aby temu zapobiec, na początku każdego roku szkolnego lekarz szkolny, a jeszcze lepiej lekarz specjalista np. w ośrodku zdrowia (w niektórych miastach szkoły zawarły umowę z ośrodkami zdrowia), winien badać uszy wszystkich uczniów. Tam jednak, gdzie niema nawet lekarzy szkolnych, a więc przedewszystkiem na wsi, nauczyciele, choć nie mogą oczywiście badać i leczyć chorych uszu, bezwzględnie powinni sami dążyć do zorjentowania się w sprawności słuchu powierzonych ich opiece dzieci, celem należytego rozsadzenia.

Człowiek o słuchu normalnym w absolutnej ciszy (np. o północy, poza miastem, w zamkniętej hali i t. p.) rozpoznaje treść wyrazów szeptanych jeszcze z odległości 60 — 100 m., a wyrazy mówione zwykłą mową — z odległości ponad 100 m. *Jednak ogólnie przyjętą praktyczną normą sprawności słuchu uznaną za wystarczającą do pełnienia większości zajęć zawodowych i szkolnych jest odległość równa 6 m. zarówno dla mowy zwykłej jak i dla szeptu (prof. Erbrich), przyczem badanie może odbywać się w warunkach ciszy względnej,* (we dnie, w oddzielnej sali szkolnej, dzieci zachowują zupełną ciszę).

Jaka jest strona techniczna samego badania? Nauczyciel wybiera jedno lub co jest wygodniejsze przy badaniach masowych, 3 — 5 dzieci, ustawia je pod ścianą wolnej sali szkolnej lub korytarza, bokiem do ściany i do nauczyciela, tak, aby dzieci nie widziały jego warg i wzrokiem nie mogły odgadnąć treści wymawianych przezeń wyrazów. Następnie każe dzieciom szczelnie (najlepiej wilgotnym palcem) zatkać przewód słuchowy ucha znajdującego się od strony ściany i zaczyna z odległości 6 m. zbliżać się powoli, krok po kroku do dzieci, wymawiając jednocześnie jakiś wyraz. Dziecko, które pierwsze usłyszy ten wyraz, powinno dać umówiony znak i na żądanie wyraz ten powtórzyć. W ten sposób nauczyciel może kolejno przebadać obustronnie słuch wszystkich dzieci, w pierwszej części badania wymawiając wyrazy zwykłą, t. j. nie głośną i nie cichą mową, a drugi raz szeptem. Najlepiej do badania używać zarówno wyrazów o brzmieniu wysokiem (litery e, i, c, s, z, d, t, g, ch, k, p,), jak i niskiem

(a, o, u, f, w, k, h, l, ł, m, n, r), ponieważ większość chorych posiada różną sprawność słuchu dla dźwięków wysokich i niskich, np. wyraz „siedem" przeważnie, zwłaszcza przez chore dzieci, będzie słyszany już z większej odległości, niż wyraz „lampa". Biorąc rzecz praktycznie, nauczyciel chcąc rozsadzić w ławkach uczniów tak, aby jego wykład był dobrze przez wszystkich słyszany, powinien kierować się przy badaniu sprawności słuchu przedewszystkiem wyrazami o brzmieniu gorzej słyszalnem, t. zn. w ogromnej większości wypadków niskim. Po dokonaniu badania dzieci z ograniczonym słuchem winny być umieszczone w pierwszych ławkach, przy upośledzeniu zaś słuchu tylko prawostronnem dziecko musi siedzieć po stronie prawej sali szkolnej (zdrowe lewe ucho jest wtedy po stronie katedry nauczyciela), przy lewostronnem — po stronie lewej. Dzieci, rozróżniające i lewem i prawem uchem wyrazy *mówione i szeptane* z odległości 6 m. można uznać za mające *praktycznie* dostateczny słuch, choć nie koniecznie zdrowe uszy. Natomiast dzieci posiadające sprawność słuchu *dla wyrazów szeptanych* zawartą między 2 a 6 m. — należy uznać za dzieci ze słuchem upośledzonym, posadzić je na pierwszych ławkach i otaczać szczególną opieką. Dzieci, które słyszą prawidłowo wyrazy *szeptane* dopiero z odległości 1½ do ½ m. stanowczo niemogą uczyć się w zwykłych szkołach, lecz *w szkołach lub oddziałach specjalnych*. Dzieci, których sprawność słuchu wynosi dla *mowy zwykłej* mniej od 1 m., jak radzi prof. Szmurło, nie mogą uczęszczać nawet do szkoły specjalnej, lecz powinny być umieszczane w szkołach dla dzieci głuchoniemych, aby tam obok nauki początkowej ćwiczyć się z odczytywania mowy z ruchów ust i twarzy.

Jak widzimy, misja społeczna nauczycieli w stosunku do dzieci z upośledzonym słuchem jest zaiste b. odpowiedzialna. Tembardziej, że tam gdzie niema lekarzy szkolnych, obowiązkiem nauczyciela winno być skierowanie takich dzieci do lekarza najlepiej specjalisty, co w większości wypadków może chorym słuch poprawić, często uchronić przed jego zupełną utratą, a czasem uratować życie.

Chorobą, którą omówimy tu oddzielnie, jest *głuchoniemota*. Zajmiemy się nią bliżej, ponieważ o ciekawem zagadnieniu głuchoniemoty społeczeństwo wie naogół mało, a przecież mamy w Polsce ok. 27000 głuchoniemych. Według klasycznego określenia, przez głuchoniemotę rozumiemy brak lub b. znaczne ograniczenie słuchu, w następstwie czego występuje nierozwinięcie się lub zanik mowy. Rozróżniamy głuchoniemotę dziedziczną, wrodzoną i nabytą. Głuchoniemota dziedziczna i wrodzona ma miejsce na skutek dziedzicznego lub wrodzonego braku słuchu od urodzenia — dziecko, które nigdy nie odbierało wrażeń słuchowych wogóle, a wrażenia słuchowego mowy w szczególności, oczywiście nie może mówić, tembardziej, że nie posiada możności słuchowego samokontrolowania się. Głuchoniemota zaś nabyta powstaje zwykle, jak mówią obserwacje, spowodu zaniku słuchu przed 7 rokiem życia. Ludzie, którzy z jakichkolwiek przyczyn ogłuchli po 7 roku życia, zachowują pamięć wrażeń słuchowych, a więc mowy nie tracą, jedynie na skutek braku kontroli słuchowej posiadają drewnianą, bezduszną wymowę.

Głuchoniemotę dziedziczną spostrzegamy b. często w następstwie głuchoniemoty obu rodziców, rzadziej jednego z bliższych lub dalszych przodków. Wrodzona postać tego cierpienia bywa skutkiem kiły, alkoholizmu, zwyrodnie-

nia, lub niektórych chorób umysłowych rodziców. Za jedną z przyczyn głuchoniemoty wrodzonej prof. Szmurło i inni uznają bliskie pokrewieństwo rodziców, z czem często spotykamy się u żydów. Ciekawem jest również zjawisko daleko częstszego występowania głuchoniemoty w krajach i okolicach, leżących wysoko nad poziomem morza, podobnie, jak to ma miejsce z wolem. Jeśli chodzi o głuchoniemotę nabytą, to istnienie jej należy zawdzięczać chorobom zakaźnym, przedewszystkiem zaś nagminnemu zapaleniu opon mózgu, a dopiero w drugim rzędzie przewlekłemu ropotokowi usznemu wraz z pewnemi chorobami nosa i nosogardzieli, dalej zaś różnym chorobom zakaźnym wieku dziecięcego, durowi brzusznemu, i wrodzonej, późno przejawiającej się kile. Mniejszą rolę odgrywają tu różne sprawy nerwowe i być może urazy czaszki.

Rodzina przeważnie nie może ustalić, czy niemowlę słyszy, czy też nie. Jeśli dziecko, mające jeden rok życia, nie mówi jeszcze takich najprostszych wyrazów, jak „mama" lub „tata", to bezwzględnie należy zwrócić się do specjalisty, celem określenia czy w danym wypadku nie chodzi o głuchoniemotę. Każdy głuchoniemy winien być poddany badaniu przez specjalistę lub Poradnię dla zaburzeń mowy i słuchu jeszcze w dzieciństwie, ponieważ typy głuchoniemoty nabytej są uleczalne. Bardzo ważną jest również kwestja uratowania mowy dziecka, które już mówiło, a jednak na skutek wcześnie nabytej utraty słuchu— grozi mu rozwinięcie się głuchoniemoty. Chory taki winien znajdować się pod stałą pieczołowitą opieką specjalisty i nauczyciela, najlepiej w nowoczesnym zakładzie — szkole dla głuchoniemych. *Zagadnienie szkół specjalnych dla głuchoniemych* ma wielkie znaczenie społeczne nietylko ze względu na dużą liczbę tych nieszczęśliwych, ale również dlatego, że jedynie specjalna szkoła może dać głuchoniememu zdolność do życia społecznego i zarobkowania.

Intelekt głuchoniemego (mimo ewent. wrodzonych zdolności) jest uboższy o współczynnik tak bogaty ich wrażeń słuchowych. Zadaniem więc szkoły specjalnej dla tych chorych jest kształcenie ich na uspołecznionych ludzi i pełnowartościowych pracowników w dostępnych im gałęziach pracy przy pomocy specjalnych metod pedagogicznych, możliwie niwelujących kalectwo. Ogólnie biorąc, nauka głuchoniemego powinna rozpoczynać się już w 3 — 5 roku życia. Chory uczy się wyzyskiwać do maximum wzrok i dotyk, a nawet powonienie w zastępstwie słuchu, np. dotykając trąby lub fortepianu uczy się poznawać wysokość dźwięku, poznaje ręczny alfabet głuchoniemych, sztukę czytania i pisania, uczy się rozumieć mowę przez odczytywanie ruchów ust. Wreszcie dzięki żmudnej pracy nauczycieli zaczyna sam mówić — wprawdzie mowa jego jest drewniana i jakby sztuczna, ale przecież zupełnie zrozumiała dla normalnych ludzi **)

---

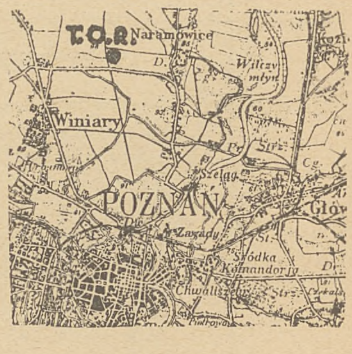
*) Patrz mój artykuł p. t. „Wpływ adencidów na rozwój dziecka" w Nr. 3 mies. „W Służbie Zdrowia".

**) Zakład dla głuchoniemych i ociemniałych mieści się w Warszawie przy Placu Trzech Krzyży, zaś Poradnia dla zaburzeń mowy i słuchu — w Klinice chorób uszu, nosa i gardła, również w Warszawie, w szpitalu Św. Ducha.

Z higjeny mieszkania.

Ogródkowe osiedle robotnicze w Poznaniu.*)

Zarząd miasta Poznania przystąpił w r. 1934 do budowy ogródkowego osiedla mieszkaniowego dla bezdomnych. Na ten cel przeznaczyła gmina ok. 7 ha., wydzielonych z obszaru majątku miejskiego Naramowice. Jest to teren o bardzo dobrej glebie, położony w obrębie administracyjnych granic miasta, w dzielnicy północnej. Odległość od środka miasta wynosi około 3 — 5 km. (p. rys. 1).



Rys. 1.

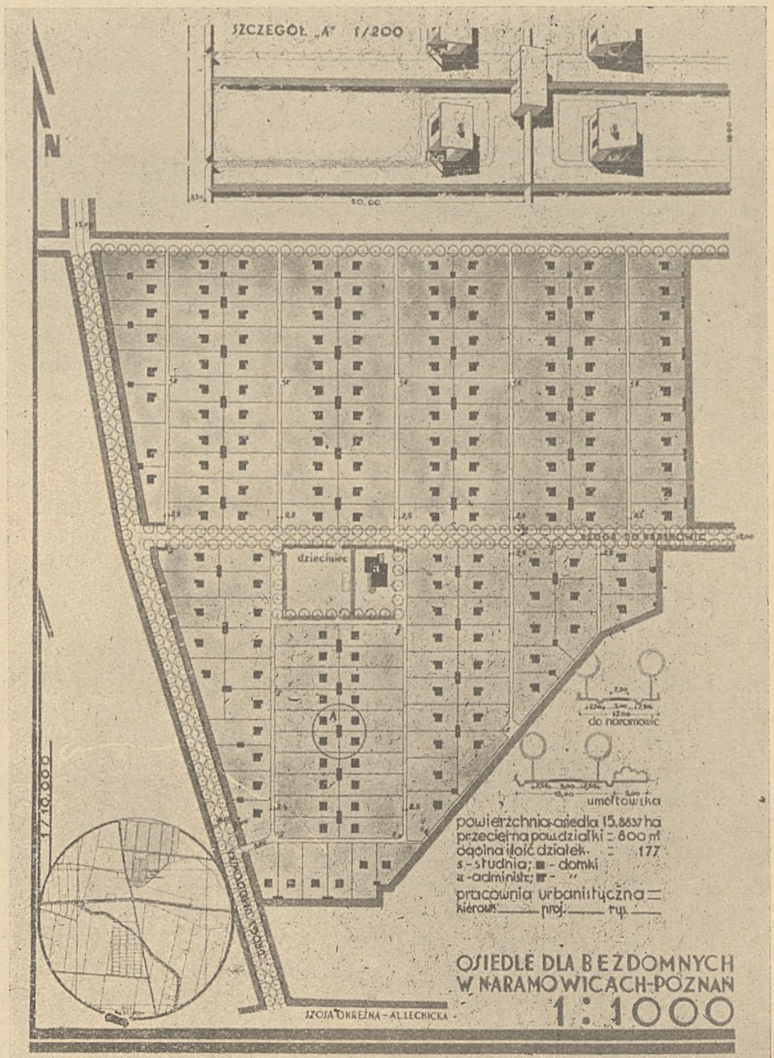
Nędza mieszkaniowa i klęska bezdomności, która nie ominęła nawet tak zamożnego miasta jak Poznań, zmusiła cały szereg rodzin do zamieszkania w budach i barakach, częściowo w prowizorycznych pawilonach pozostałych z czasów wystawy. Schronienia te zarówno pod względem bezpieczeństwa jak i higjeny urągają najprymitywniejszym pojęciom mieszkania. Miasto, dążąc do zlikwidowania tych groźnych objawów, zmuszone jest do dostarczenia innych mieszkań dla ludności usuwanej z tych nor mieszkalnych. Budowa domów zbiorowych, wielomieszkaniowych o normalnej masywnej konstrukcji uznana została za niewskazaną. Budowa domów takich wymagała po pierwsze większych kapitałów, a po drugie komorne za mieszkanie w takich domach, nawet przy najoszczędniejszej budowie, przekraczałoby możliwości płatnicze bezrobotnej biedoty. Pozostaje zatem jedynie możliwość budowy mieszkań prowizorycznych. Wzniesienie baraków dla bezdomnych zapewniłoby im wprawdzie dach nad głową, jednak poza schronieniem samem nie dawałoby żadnego oparcia do przetrwania ciężkich okresów bezrobocia. Dlatego też postanowiono związać akcję dostarczania mieszkań dla tej ludności z zakładaniem ogródków działkowych pojętych jako warsztaty pracy. Ażeby jednak ogródek działkowy mógł spełniać rolę najmniejszego karłowatego gospodarstwa ogrodniczego, działki te muszą być stosunkowo dość znaczne, i muszą być wydzielone z terenów będących w kulturze rolnej. Prócz tego takie gospodarstwo nie jest gospodarstwem pełnem, lecz jedynie pomocniczem. Dochód z niego ma być tylko pomocą dla podtrzymania egzystencji jego mieszkańców, którzy w dalszym ciągu bynajmniej nie rezygnują z możliwości znalezienia bodaj częściowego zatrudnienia w mieście. Przez osiedlenie się na działce ogródkowej nie tracą oni swego zasadniczego charakteru pracownika miejskiego, a uzyskują jedynie jakąś podstawę do walki o pracę.

Te wszystkie względy przesądzają już do pewnego stopnia wybór terenu pod ogródkowe osiedle. Musi to być teren tani, dostatecznie odległy od gęsto zaludnionych dzielnic miasta, słabo uposażony, a jednocześnie musi on posiadać

*) Przedruk za zgodą Redakcji z Nr. 2 (r. 1935) mies. „Dom, Osiedle, Mieszkanie".

glebę dostatecznie urodzajną. Nie może być znów zbyt odległy od miasta, które w dalszym ciągu stanowi źródło pracy dla mieszkańców osiedla.

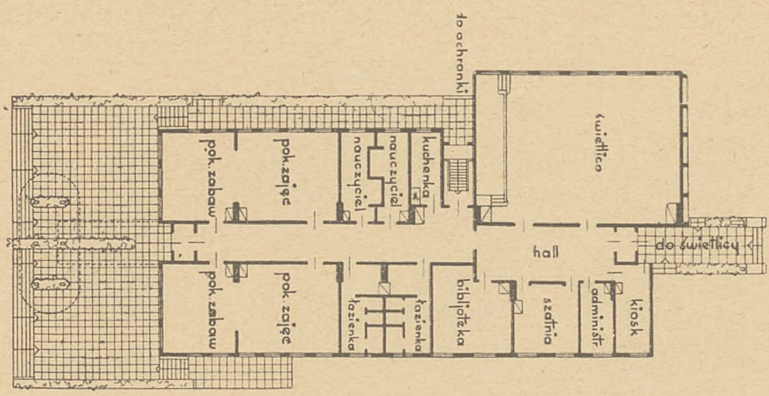
Trzeba przyznać, że teren wybrany przez miasto Poznań na osiedle ogródkowe odpowiada tym wszystkim warunkom. Dlatego też warto poświęcić temu osiedlu więcej uwagi.



Rys. 2.

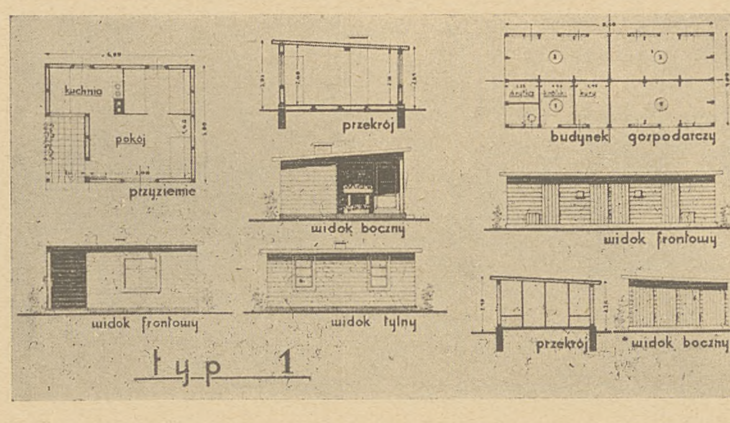
Jak widać z załączonego planu (rys. 2) teren osiedla stanowi całkowicie zamkniętą w sobie jednostkę, przeciętą jedynie istniejącą drogą boczną, prowa-

dzącą do folwarku w Naramowicach. Pozwala to sprowadzić wewnętrzne drogi do minimalnych rozmiarów, wystarczających jednak w zupełności do należytego obsłużenia każdej działki. W związku z tem i koszty urządzenia terenu, przy dużych stosunkowo działkach, bo wynoszących przeciętnie 800 m. kw. są bardzo niewielkie. W wodę zdatną do picia zaopatruje osiedle sieć studzien wierconych, przyczem jedna studnia obsługuje około 10 domów. Część terenu położona mniej więcej centralnie w stosunku do całego osiedla i przylegająca do publicznej drogi przeznaczoną została na boisko dla dzieci i na budynek mający stanowić ośrodek kulturalny całego osiedla (patrz rys. 3).



Rys. 3.

Wroku 1934 zabudowano południową część osiedla, wznosząc na tym terenie 70 domów wolnostojących. Domy są sytuowane w głębi parcel dla zbliżenia ich do budynków gospodarczych, umieszczonych na granicach sąsiadujących z sobą działek. Wszystkie domy stanowią kompozycyjnie jeden typ (patrz rys. 4) sto-



Rys. 4.

sowany w dwuch warjantach, różniących się od siebie jedynie wykształceniem wejścia. W jednych domach (37% ogólnej ilości) mamy narożnik wycięty w kształcie podcienia, w drugich (63% ogólnej ilości) wysunięty dach stanowi

rodzaj werandy przed wejściem, co pozwala na dodanie przedsionka i spiżarni, w miejsce podcienia. Powierzchnia użytkowa jednego mieszkania wynosi 26 m. kw. Składają się na nią: przedsionek, spiżarnia, izba ogólna z wydzieloną wnęką sypialną i wnęką kuchenną (w warjancie z podcieniem odpada przedsionek i spiżarnia). Zgodnie z samym założeniem osiedla budynki mają charakter budowli prowizorycznych. Dobór więc materjałów musiał odpowiadać okresowi amortyzacyjnemu, który ustalono na lat 15. Na płytkiej podmurówce wznosi się drewniany szkielet słupowy, dwustronnie odeskowany, przestrzeń między deskowaniami zasypana igliwiem. Zewnętrzna strona ścian zostawiona jest w deskowaniu widocznem, wewnętrzna natomiast otynkowana. Płaski dach ocieplony stanowi jednocześnie strop. Drewniane budynki gospodarcze mieszczą ustęp, komórkę, kurnik i chlewik.

Koszt całkowity jednego domu wraz z budynkiem gospodarczym wynosi 1600 zł.

Koszt urządzenia terenu, t. j. zniwelowanie terenu, urządzenie dróg, budowa studzien i ogrodzenie tak całego osiedla jak i poszczególnych działek wynosi 710 zł. Tak więc całkowity koszt jednej działki urządzonej i zabudowanej zamyka się w kwocie 2310 zł.

Osiedle zostaje własnością miasta, które niem administruje, wydzierżawiając oddzielne działki. Tenuta dzierżawna ma być pobierana w wysokości do 10 zł. miesięcznie od jednej działki wraz z domem.

Osiedle zostało wzniesione przy pomocy kredytowej Tow. Osiedli Robotniczych.



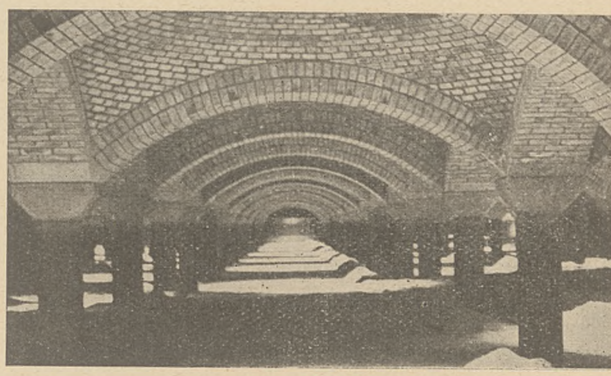
Fragment osiedla w Naramowicach.

Inż. Włodzimierz Rabczewski (Warszawa)
Dyrektor Wodociągów i Kanalizacji m. st. Warszawy.

Jak Warszawa była i jest zaopatrywana w wodę.

(Ciąg dalszy).

Woda, wstępnie oczyszczona na filtrach pośpiesznych, zostaje przetłaczana na filtry powolne (rys. 14), gdzie ulega ostatecznemu oczyszczeniu. Filtry powolne, których jest 36, składają się ze złóż piaskowo-żwirowych o miąższości 1,5 m, o ogólnej powierzchni filtrującej 82.236 m²; szybkość przepływu wody przez filtry jest zmienna, maksymalnie wynosi 0,1 m na godzinę, najwyższa obecna wydajność zespołu filtrów — 173.000 m³ ostatecznie filtrowanej wody na dobę z łatwością może być podwyższona do 260.000 m³; stopień oczyszczania przez nie wody — przeszło 99,5%. Filtry powolne w odróżnieniu od filtrów pośpiesznych oczyszczają wodę zapomocą procesów biologicznych, przy których zanieczyszczające wodę drobnoustroje w trybie głównie absorbcji pozostają w górnych warstwach filtra; z zanieczyszczonych złóż filtrowych od czasu do czasu — obecnie po dostawieniu filtrów pośpiesznych przeciętnie co 148 dni (przed budową filtrów pośpiesznych okres ten był o wiele krótszy i wynosił przeciętnie 27 dni) — zdejmuje się górną warstwę piasku, dosypuje świeży czysty piasek i filtr znów staje się zdatny do pracy; całkowita wymiana piasku i żwiru złoża filtrowego odbywa się co 15 — 20 lat.

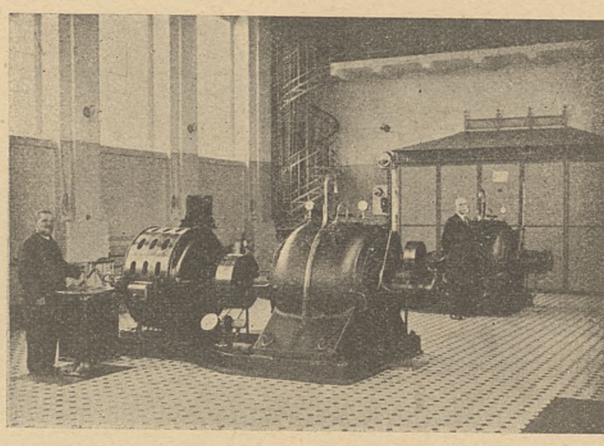


Rys. 14.

Po przejściu przez filtry powolne woda ulega w 4 punktach spływu do zbiorników chlorowaniu zapomocą bardzo małych dawek chloru (przeciętnie 0,3 mg na 1 l. wody), a to w celu zabezpieczenia jej od ewentualnego przeszarżowania chorobotwórczych bakterji przez filtry w okresach większego zanieczyszczenia wody w Wiśle oraz epidemij; należy tu zaznaczyć, że woda w Wiśle, która zawiera w 1 cm³ w okresach przyborów do 120.000 bakteryj, (miano bacterium coli — 1:0,01 — 1:5), po całkowitem oczyszczeniu ma ich zaledwie 6 w 1 cm³, przyczem żadnych chorobotwórczych i bacterium coli (0:180).

Po chlorowaniu ostatecznie oczyszczona woda spływa do 3 zbiorników o ogólnej pojemności 60.000 m³, skąd zostaje przetłaczana do sieci wodociągowej zapomocą 2 zespołów elektropomp (rys. 15) — każdy po 3 pompy — o ogólnej wydajności 201.000 m³ wody na dobę; jako rezerwę Stacja Filtrów posiada jeden zespół pomp parowych — 3 sztuki — o wydajności 60.500 m³ wody na dobę.

Obie Stacje — Pomp Rzecznych i Filtrów — stanowią właściwie wspólny zakład wodociągowy, który ma za zadanie czerpanie surowej wody z Wisły i przerabianie tej częstokroć bardzo brudnej wody na wodę bardzo czystą. Wymaga to ogromnych wysiłków przy manipulowaniu delikatnemi urządzeniami, jakiemi są filtry, gdzie z genjuszem człowieka współpracuje tak drobny organizm, jakim jest drobnoustrój zwierzęcy i roślinny, bowiem w procesie filtrowania drobnoustroje te wykonują zasadniczą pracę, chroniąc nam zdrowie i życie.



Rys. 15.

To też łatwo zrozumieć, że kontrola nad oczyszczaniem wody winna być i jest bardzo skrupulatna. Powołane jest do tej czynności odrębne laboratorjum badawcze na Stacji Filtrów, w którem są dokonywane badania wody fizyczne, chemiczne, bakterjologiczne oraz biologiczne; próby do badania są pobierane bez wyjątku codziennie w przeszło 100 punktach przepływu wody od Wisły do zbiorników czystej wody włącznie; kontrola ta okazuje stan oczyszczania wody i jej właściwości w każdym momencie oczyszczania i sygnalizuje wszelkie odchylenia i potrzebę odnośnych zmian i zarządzeń. Nasuwa się tu właściwe porównanie z trzymaniem przez lekarza ręki na tętnie pacjenta.

Ze zbiorników wody czystej woda zostaje przetłaczana do miejskiej sieci wodociągowej, przez nią rozprowadzana po całym terenie miasta i dostarczana konsumentom.

Sieć wodociągowa nie obsługuje dotychczas całego terenu Wielkiej Warszawy, bowiem około 28% zabudowanych nieruchomości jest jeszcze pozbawiona bezpośredniego zaopatrywania w wodę wodociągową; atoli dociera ona do wszystkich granic miasta oraz więcej zabudowanych dzielnic miasta i zaopatruje około 1.100.000 (91,7%) ludności. Ogólna długość sieci sięga 536 km, z czego: przewodów tłocznych — 14 km, rozdzielczych — 60 km, rozbiorczych — 407 km i hydrantowych — 55 km; średnice przewodów wynoszą od 75 do 1200 mm. Połączonych z siecią nieruchomości — 10.700. W r. 1929 w celu uzdrowotnienia miasta i rychlejszego przyłączenia do sieci wodociągowej nieruchomości nieprzyłączonych został wprowadzony przymus wodociągowy, a więc przymus łączenia się z siecią wodociągową; wobec kryzysu ekonomicznego stosowanie przymusu uległo zahamowaniu, to też obecnie w rejonie sieci wodociągowej pozostaje jeszcze około 500 nieruchomości niepołączonych z siecią.

(D. c. n.).

H. Peters, Haeser, Baas i inni.

Lekarz na obrazach z ubiegłych stuleci.*)

Jeśli zastanowimy się nieco nad tematami, jakie stosunkowo najchętniej i najczęściej wybierali sobie malarze ubiegłych stuleci, to dojdziemy do przekonania, że lekarz musiał widocznie należeć do osób najbardziej popularnych. Popularność, chociaż przez ogół bardzo ceniona, ma jednak również i strony ujemne. Poważanie bowiem i życzliwe uznanie może się z niesłychaną łatwością zamienić w żarty, szydarstwa i złośliwą uciechę. Człowiek, który wie coś takiego, czego inni nie wiedzą, jest prawie zawsze traktowany przez otoczenie z uczuciem trochę krępującego uszanowania; w jeszcze większym stopniu odnosi się to zwłaszcza do przypadków gdy ta wiedza jednostki dotyczy nas samych, naszego ciała, naszego zdrowia. Każdego przeciętnego człowieka ogarnia przykre uczucie, gdy jest zmuszony zwrócić się do lekarza z prośbą o poradę. Troska i obawa o wynik badania łączą się z pewną irytacją, że oto inny człowiek wie, co się w nas samych dzieje, że wie więcej niż my sami. Ponadto nigdy nie jesteśmy pewni, czy nam lekarz istotnie powie całą prawdę, czy też mniej lub więcej ją przed nami ukryje. Los nasz znajduje się w mniejszym lub większym stopniu w innych rękach, wydaje się nam, że jesteśmy oddani na łaskę lekarza i jesteśmy zmuszeni bezradnie zgadzać się na tę sytuację i znosić ją cierpliwie. Im bardziej wierzymy we wzniosłą nieomylność lekarskiego poznawania i postępowania, tem silniejsze



Anatomja Hogartha 1697 — 1764.



Consilium medicum. — Geyer.

*) Przedruk za zgodą Redakcji „Wiadomości Terapeutycznych".

ogarnia nas uczucie upokorzenia i niższości. Nic więc dziwnego, że doznajemy jakby ulgi, jeżeli uda się nam wykryć w lekarzu jakąś wadę lub śmieszność i pomniejszyć w ten sposób tego wielkiego vir doctissimus. Patrzcie, przecież to jest zupełnie taki sam człowiek jak my, ze wszystkiemi naszemi ludzkiemi słabostkami! — A przecież i jego wiedza nie jest bynajmniej tak doskonała, jak to sobie niektórzy wyobrażają, toć zdania lekarzy rzadko kiedy są jednomyślne, istnieją również liczne sprawy, których on tak dokładnie nie zna! Złośliwy malarz myśli sobie dalej: lekarz nie jest również żadnym szlachetnym idealistą — dba o pieniądze i ceni ich wartość zupełnie tak samo jak my, nie zaniedbuje i swej własnej osoby i stara się szczególnie o względy tych ludzi, którzy mu mogą być w jakikolwiek sposób potrzebni lub pożyteczni! Również i zazdrość i nieżyczliwość nie są mu obce. Wogóle portrety lekarzy nie przedstawiają nas w życzliwem świetle. Lekarze na dawnych obrazach przeważnie nie są ludźmi wrażliwymi, miłosiernymi, delikatnymi, dyskretnymi; lekarze ci chwalą się swemi zasługami, nadużywają zaufania, pysznią się powodzeniem; nie są to posłannicy bogów; biedny chory człowiek jest dla nich rzeczą pospolitą i obojętną, odnoszą się do cierpień ludzkich bez należytego współczucia i traktują je jako przedmiot mniej lub więcej ciekawych badań; ból i wstyd mało obchodzą lekarza, — ach, lekarze może są wszystkiem, ale z pewnością nie są dobroczyńcami ludzkości; są albo nadętymi pyszałkami albo złośliwymi niszczycielami! Taką wydaje się opinja malarzy o lekarzach, jeżeli o niej sądzić na podstawie licznych obrazów, z których kilka tu reprodukujemy. Jeżeli przyjrzymy się tym obrazom, to przekonamy się, że żadna złośliwość nie jest zbyt jaskrawa, żadna pogarda zbyt głęboka, jeżeli chodzi o po-

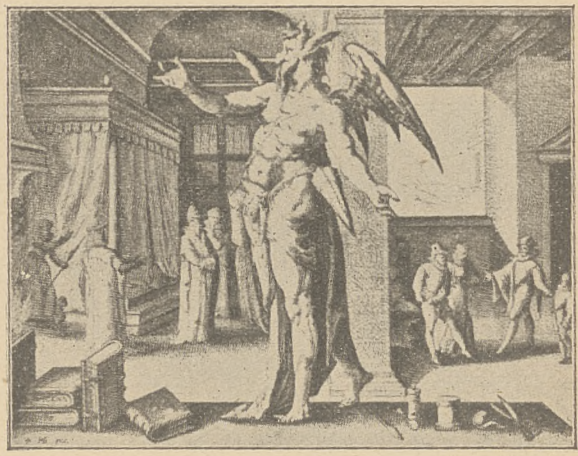


Lekarz jako anioł. — Goltzius 1558—1616.



Lekarz jako bóg. — Goltzius.

gnębienie lekarza! Czyż to nie nienawiść do całego stanu lekarskiego przemawia z obrazu *Hogartha:* „Reward of Cruelty"? Obraz ma przedstawiać sekcję, lecz wyraz strasznego bólu i okropnych cierpień nasuwa przekonanie, że to żyjąca, przytomna ofiara podlega okropnym torturom. Do tego dołączają się zadowolone, uśmiechnięte twarze amatorów — straszna galerja sadystów. Conajmniej tak samo odpychającym jest drugi obraz *Hogartha* „Company of Undertakres"; twarze lekarzy przedstawiają wyraz najgorszego materjalizmu, nietajonej chciwości i wogóle najniższych instynktów; cały obraz tchnie pogardą, która kierowała pendzlem malarza i która znacznie przekracza granice zwykłej satyry lub ironji. Stosunkowo łagodnym i niewinnym jest obraz *Geyera* „Consilium medicum", na którym lekarze, zamiast w sposób godny i poważny zastanawiać się nad chorobą i leczeniem pacjenta, starają się wzajemnie przekrzyczeć. Najbardziej upraszcza całą sprawę *Goya y Lucientes;* lekarz na jego obrazie to poprostu zwykły osioł. *„De quel mal morira"* — tak brzmi nazwa tego obrazu (Z jakiego powodu się umiera), czyli według słynnego artysty właściwie niewiadomo, czy umiera się z powodu choroby czy też z winy lekarza. Drzeworyt ilustrujący dzieło *Sebastiana* Branta „Okręt błaznów" przedstawia lekarza z czapką błazeńską na głowie. Powszechnie znane są trzy piękne obrazy *Goltziusa;* na pierwszym lekarz spieszący do chorego przedstawiony jest w postaci anioła, po wyleczeniu pacjenta lekarz urasta w pojęciu do obrazu boga (obraz drugi); gdy jednak lekarz upomina się o należne mu wynagrodzenie, natychmiast zamienia się w djabła (obraz trzeci). Obrazy *Goltziusa* uwidaczniają materjalne podłoże idealnego samego przez się zawodu lekarskiego. Wyszydzanie *Goltziusa* dotyczy jednak nie lekarza, a chorego i jego otoczenia; przecież to oni błagają lekarza, aby jak anioł pośpieszył na ratunek, aby sprawił ulgę i przywrócił mu utracone zdrowie. Społeczeństwo żąda od lekarza, aby na wzór wszechmogących bogów czynił cuda przy łożu chorego. Jednakże po wyleczeniu zarówno chory jak i jego rodzina szybko zapominają



Lekarz jako djabeł. — Goltzius.



Lekarz u łoża chorego. — Kleinschmidt.

o minionem niebezpieczeństwie i wszelkiemi sposobami starają się uniknąć obowiązku wynagrodzenia za jego pracę. Wtedy lekarz to już nie szlachetny anioł-zbawiciel, lecz wstrętny djabeł, dbający głównie o swe pieniężne sprawy. Z obrazów tych przemawia do pewnego stopnia również i znane doświadczenie, którego nie uniknął chyba żaden lekarz, gdyż zbyt głęboko przeniknęło ono do szerokich warstw społeczeństwa: jeżeli choroba przyjmuje zły obrót, to jest to wina lekarza, jeżeli zaś pacjent się poprawia, to pomogła mu natura!



De quel mal morira. — Goya 1746—1828.



„Okręt błaznów". — S. Brant, Bazylea 1494.

Nie, zawód lekarski napewno nie jest zawodem wdzięcznym; jeżeli nawet czasami się zdarza, że lekarz zdobywa sobie wielką sławę i powodzenie, to jednak w znakomitej większości przypadków sądzą lekarzy niezasłużenie zbyt surowo i los ich przeważnie nie jest zazdrości godny. Nie ulega wątpliwości, że ocena lekarza przez społeczeństwo prawie nigdy nie jest sprawiedliwa Lekarz musi więc umieć z pogodą znosić trudy i gorycze swego zawodu, starać się poznać samego siebie i w miarę możności przezwyciężać swe wady.

Redakcja i Administracja: Warszawa, Finlandzka 4, tel. 10-24-64 (godz. 15--17)

Prenumerata: rocznie . . . zł. 5.— półrocznie . . zł. 2.50 Konto P. K. O. 29.002.

Redaktor: dr. med. *Juljan Birencwajg*, Wydawca: dr. med. *Jan Posmykiewicz*.

Drukarnia Wzorowa — Warszawa, ul. Długa 20, tel. 11-16-60.



KALENDARZ

Bezpieczeństwa i Higjeny Pracy na rok 1935

wydany przez Instytut Spraw Społecznych



POD HASŁEM

„Dobra organizacja jest warunkiem bezpiecznej pracy" na 128 bogato ilustrowanych stronach zawiera informacje o stanie bezpieczeństwa i higjeny pracy w Polsce.

OMAWIA

najważniejsze przyczyny wypadków i sposoby ich usunięcia.

INFORMUJE

o najnowszych zdobyczach techniki w zakresie zapobiegania wypadkom i chorobom zawodowym.

Cena za egzemplarz pojedyńczy 50 groszy, przy zamówieniach od 25 egzemp. 25 groszy.

